Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4945

18. 06. 96

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter

Inhaltsverzeichnis

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums der Finanzen vom 17. Juni 1996 gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom 19. Mai 1996 – Drucksache 12/7595.

Hinweis für den Leser

Die Unabhängige Expertenkommission (im folgenden Kommission genannt) hat sich bemüht, das folgende Gutachten möglichst allgemeinverständlich abzufassen. Aufgrund der Thematik ließ es sich jedoch nicht vermeiden, daß das Gutachten zahlreiche Fachbegriffe aus dem Bereich der privaten Krankenversicherung (PKV) enthält. Die wichtigsten von ihnen sind im Gutachten mit einem (*) gekennzeichnet und im Anhang III erläutert, um sie auch dem fachlich nicht vorgebildeten Leser zu erschließen.

1 Zentrale Gegenstände des Gutachtens und Zusammenfassung der Vorschläge für Gesetzesänderungen

1.1 Zentrale Gegenstände des Gutachtens der Kommission

Gegenstand des vorliegenden Gutachtens sind nach dem Beschluß des Deutschen Bundestages vom 19. Mai 1994*) vor allem die Fragen der Beitragsverstetigung im Alter und des Einstiegs junger Versicherungsnehmer in die PKV sowie die Frage nach der Möglichkeit der Versicherungsnehmer, das Versicherungsunternehmen zu wechseln.

Die allgemeinen inflationären Preissteigerungen und die darüber hinausgehenden speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen sind zentrale Ursachen für die bisherige starke Steigerung der Beiträge älterer Versicherter in der PKV. Die Kommission empfiehlt daher dem Gesetzgeber, die Auswirkung dieser Ursachen auf die Beitragsentwicklung im Alter zu dämpfen.

Die von der Kommission hierzu entwickelten Vorschläge setzen insbesondere an dem Kalkulationsmodell der PKV, der Verwendung der überrechnungsmäßigen Zinsen, den Mitwirkungsrechten des Treuhänders und den Informationspflichten der Unternehmen gegenüber ihren Versicherungsnehmern an.

Die Kommission schlägt außerdem vor, die sozialpolitische Schutzfunktion des Standardtarifs auszubauen, um sicherzustellen, daß ältere Versicherte bei finanziellen Schwierigkeiten einen finanzierbaren Krankenversicherungsschutz mit medizinisch ausreichendem Versorgungsniveau wählen können.

Nach Auffassung der Kommission ist es allerdings nicht nur erforderlich, Regelungen zu ergreifen, die die Folgen der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf die Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter begrenzen. Vielmehr bedarf es auch aller Anstrengungen sowohl der Versicherungswirtschaft als auch des Gesetzgebers, um künftig die Ausgabensteigerungen zu begrenzen. Auch hierzu hat die Kommission Vorschläge entwickelt.

*) Drucksache 13/7595

Die Kommission ist davon überzeugt, daß eine Intensivierung des Wettbewerbs in der PKV gesamtwirtschaftlich vorteilhaft ist. Sie hat daher Möglichkeiten geprüft, ob zur Intensivierung des Wettbewerbs beim Wechsel des Versicherungsunternehmens durch die Versicherungsnehmer die Alterungsrückstellung übertragen werden kann. Sie ist aber zu der Einschätzung gelangt, daß die hierzu diskutierten Modelle gegenwärtig in praktischer Hinsicht erhebliche Probleme aufwerfen und daher dem Gesetzgeber derzeit nicht empfohlen werden können.

Die Vorschläge der Kommission zu Gesetzesänderungen werden nachfolgend zusammengefaßt.

1.2 Zusammenfassung der Vorschläge für Gesetzesänderungen

1.2.1 Direktgutschrift und Beitragszuschlag

Die Kommission hält es für notwendig, den Versicherten zur Realwertsicherung der Alterungsrückstellung 90% der auf die positiven Alterungsrückstellungen entfallenden überrechnungsmäßigen Kapitalerträge (Überzinsen (*) [1]) direkt gutzuschreiben und die Umverteilungseffekte der jetzigen gesetzlichen Regelung für die Verteilung dieser Überzinsen abzubauen. Ziel sollte es sein, jedem Versicherten 90% der Überzinsen jährlich direkt gutzuschreiben, die auf den ihm zuzurechnenden Teil der positiven Alterungsrückstellung entfallen. Deshalb sollte die nicht verursachungsgerechte Überzinsbeteiligung nach § 12 a Abs. 3 VAG innerhalb von 25 Jahren abgebaut und in gleichem Maße die Direktgutschrift nach § 12 a Abs. 2 VAG erhöht werden.

Die Kommission hält es darüber hinaus für notwendig, zur Finanzierung der speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen das bisherige Kalkulationsmodell dahin gehend zu ändern, daß bei neuen

[1]) Begriffe, die mit (*) gekennzeichnet sind, sind im Anhang III erläutert.

Verträgen von den Versicherungsnehmern ein prozentualer Zuschlag von 10% auf die Bruttoprämien erhoben wird. Der Beitragszuschlag soll grundsätzlich vom Vertragsbeginn an bis zum Jahr der Vollendung des 60. Lebensjahres erhoben werden. Er sollte nur für die substitutive Krankheitskostenversicherung vorgeschrieben werden

Die Kommission empfiehlt dem Gesetzgeber außerdem eine Regelung, nach der auch die Versicherungsnehmer, die bereits bei Inkrafttreten der Gesetzesänderung eine Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben (Altverträge), einen Beitragszuschlag zur Prämienermäßigung im Alter zu zahlen haben. Mit Rücksicht auf eine evtl. bereits freiwillig getroffene Eigenvorsorge für das Alter soll den Altversicherten jedoch ein Befreiungsrecht eingeräumt werden, das innerhalb von drei Monaten nach Mitteilung des Versicherungsunternehmens über den Zeitpunkt des Beginns des Beitragszuschlages ausgeübt werden kann.

Die Kommission schlägt vor, den Beitragszuschlag für die Altversicherten stufenweise einzuführen. Ab dem 1. Januar des Jahres, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung folgt, soll zunächst ein Beitragszuschlag von 2% der Bruttoprämie erhoben werden. In den folgenden Jahren soll der Beitragszuschlag jeweils um 2% erhöht werden, bis er 10% der Bruttoprämie erreicht hat. Jeder Versicherungsnehmer soll jedoch das Recht haben, sich innerhalb der Übergangsfrist für die sofortige Zahlung des vollen prozentualen Beitragszuschlages zu entscheiden, der zum Entscheidungszeitpunkt für den Neuzugang gilt.

Die Kommission schlägt vor, den Betrag aus der Direktgutschrift der Überzinsen mit dem Betrag, der sich aus dem laufenden Beitragszuschlag ergibt, zusammenzufassen und beide Beträge einheitlich zu verwenden. Die angesammelten Beträge sollen in der Weise verwendet werden, daß die Prämienerhöhungen, die ab der Vollendung des 65. Lebensjahres notwendig werden, vollständig finanziert werden. Dadurch kann erreicht werden, daß sich der Beitrag der Versicherten ab der Vollendung des 65. Lebensjahres über eine längere Anzahl von Jahren nicht erhöht.

Die vorgeschlagenen Regelungen können ihre volle Wirkung allerdings erst entfalten, wenn die Direktgutschrift der Überzinsen und der Beitragszuschlag über eine längere Zeit angesammelt worden sind. In der Übergangszeit besteht aus verschiedenen Gründen ein Bedürfnis nach flexiblen Übergangshilfen, insbesondere auch für die Versicherten, die das 55. Lebensjahr, aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben. Denn die derzeit notwendig gewordene Einführung einer neuen PKV-Sterbetafel auch für bestehende Versicherungsverträge führt zu Beitragserhöhungen. Beitragserhöhungen finden in den Tarifen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, wobei die Notwendigkeit, die Erhöhung durch die Entnahme von Einmalbeiträgen zu begrenzen, nicht immer im gleichen Maße besteht. Deshalb hält die Kommission es für sinnvoll, wenn in einem Übergangszeitraum von zehn Jahren ein Teil der Mittel gemäß § 12 a Abs. 3 VAG auch für die Versicherten, die das 55., aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben, und auch nicht-tarifgebunden verwendet werden darf.

1.2.1.1 Änderungen des VAG

Die Kommission schlägt daher folgende Änderungen des VAG vor:

Nach § 12 Abs. 4 VAG wird folgender Absatz 5 eingefügt, der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6:

„(5) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von 10 vom Hundert der Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 HGB jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 178 a Abs. 4 Satz 3 VVG, wenn Vertragslaufzeiten vereinbart werden und nicht in den Fällen, in denen der Tarif bedingungsgemäß spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres endet."

§ 12 a Abs. 1 – 3 und 5 VAG werden wie folgt gefaßt:

„(1) In der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) hat das Versicherungsunternehmen der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge in Höhe von 90 vom Hundert der auf die Summe der jeweiligen zum Ende des Vorjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallenden durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins) jährlich direkt gutzuschreiben.

(2) Von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag ist bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 5 entstanden ist, voll den Versicherten, die diesen Beitragszuschlag geleistet haben, jährlich direkt zuzuschreiben. Von dem verbleibenden nach Absatz 1 ermittelten Betrag sind allen Versicherten 50 vom Hundert jährlich direkt zuzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich vom 31. Dezember ... (Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung) an jährlich um 2 vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2 a) Ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten sind die Beträge nach Absatz 2 anläßlich von Prämienerhöhungen zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien oder, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung nicht ausreichen, eines Teiles der Mehrprämien zu verwenden, noch verbleibende Beträge jedoch spätestens zur Prämiensenkung bei Vollendung des 85. Lebensjahres des Versicherten. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind jeweils zur sofortigen Prämiensenkung zu verwenden. In der freiwilligen

Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, daß anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil des nach Absatz 1 ermittelten Betrages, der nach Abzug des nach Absatz 2 ermittelten Betrages verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Prämienermäßigung oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen zu verwenden. Maßstab für die Verteilung des nach Satz 1 ermittelten Betrages auf die Tarife, die zu den in Absatz 1 genannten Krankenversicherungen gehören, ist die jeweilige Alterungsrückstellung zum Bilanzstichtag des Geschäftsjahres der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann soweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann gemäß Absatz 2 Satz 2 zu verteilen.

(5) Bis zum 31. Dezember (zehn Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung) dürfen abweichend von Absatz 3 Satz 1 25 vom Hundert des Teils des nach Absatz 1 ermittelten Betrages, der nach Abzug des nach Absatz 2 ermittelten Betrages verbleibt, zur Prämienermäßigung oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen älterer Versicherter abweichend von dem in Absatz 3 Satz 2 geregelten Maßstab verwendet werden. Der in Satz 1 genannte Betrag darf auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr vollendet, jedoch das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben."

1.2.1.2 Übergangsregelung zum Beitragszuschlag

Übergangsregelung (VAG)

„§ ...

Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) geschlossen, gilt § 12 Abs. 5 mit der Maßgabe, daß der Zuschlag

1. erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung folgt, zu erheben ist,

2. im ersten Jahr 2 vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um 2 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 10 vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,

3. nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag schriftlich widerspricht.

Abweichend von Satz 1 Nr. 2 kann die Erhöhung des Zuschlages bis zu sechs Monate vor oder nach dem oben genannten Zeitpunkt liegen."

Übergangsregelung (VVG)

„§ ...

(1) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) ist der Versicherer nur dann berechtigt, den Zuschlag nach § 12 Abs. 5 VAG zu erheben, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag schriftlich widerspricht. Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über den Zweck des Beitragszuschlages, das Widerspruchsrecht und dessen Zweck sowie den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Widerspruchsrecht jedoch ein Jahr nach erstmaliger Zahlung des um den Zuschlag erhöhten Beitrags.

(2) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) kann der Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist nach Absatz 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten einen Zusatztarif, der eine Beitragsermäßigung im Alter vorsieht, außerordentlich kündigen. Verzichtet er gegenüber dem Versicherer auf sein Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Satz 1, kann er bereits nach Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag außerordentlich kündigen. Dem Versicherten ist die Alterungsrückstellung bei den Tarifen, zu denen der Versicherungsnehmer einen Beitragszuschlag zahlt, vollständig prämienmindernd anzurechnen.

(3) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) kann der Versicherungsnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsunternehmen, die diesem jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres zugegangen sein muß, den Zuschlag ab dem 1. Januar des darauffolgenden Jahres auf den Vomhundertsatz anheben, der für neue Verträge erhoben wird. §... Satz 1 Nr. 1 (Übergangsregelung VAG) gilt entsprechend.

(4) Verpflichtet sich ein Versicherungsnehmer, der von dem Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Gebrauch gemacht hat, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsunternehmen, die diesem jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres zugegangen sein muß, ab dem 1. Januar des darauffolgenden Jahres den für neue Verträge geltenden Vomhundertsatz des Beitragszuschlages nach § 12 Abs. 5 VAG zu zahlen, hat ihm der Versicherer eine Beitragsermäßigung nach § 12 a Abs. 2 a VAG zu gewähren."

1.2.1.3 Handelsgesetzbuch

In § 341 f Abs. 3 wird an Satz 1 der folgende Halbsatz angefügt:

„ einschließlich der Zuschreibung nach § 12 Abs. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes."

1.2.2 Der Treuhänder

Nach § 12 b Abs. 1 VAG muß der Treuhänder einer Prämienanpassung zustimmen. Es sollte ihm nach Ansicht der Kommission auch ein Mitspracherecht über die Verwendung der Mittel, die gemäß § 12 a Abs. 3 VAG in die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (*) geflossen sind, eingeräumt werden.

Ferner ist zu berücksichtigen, daß es nach dem Vorschlag der Kommission künftig zwei Gruppen von Versicherten geben wird. Ein Teil der Versicherten zahlt einen Prämienzuschlag zur Beitragsermäßigung im Alter, ein anderer Teil hat diesem Zuschlag widersprochen. Es erscheint nicht vertretbar, wenn diejenigen Versicherten, die keine Vorsorge für das Alter betrieben haben, später im Rahmen der Limitierung von Prämienerhöhungen deshalb begünstigt werden, weil ihre Beitragsbelastung deutlich stärker steigt, als die der anderen Versicherten. Die Kommission hält es für notwendig, daß beide Teilbestände bei einer Limitierung getrennt betrachtet werden.

Auch bei der Entscheidung über die Limitierung einer Prämienerhöhung sollte deshalb der Treuhänder beteiligt werden.

Die Kommission empfiehlt im Zusammenhang mit der Verwendung der Mittel aus den Rückstellungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung folgende Ergänzung des VAG:

In § 12 b des Versicherungsaufsichtsgesetzes wird nach Abs. 1 folgender Absatz 1a angefügt:

„Der Zustimmung des unabhängigen Treuhänders bedarf die Entnahme und Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12 a Abs. 3 zu verwenden sind. Seiner Zustimmung bedarf weiterhin die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Er hat darauf zu achten, daß die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerhöhungen hat der Treuhänder die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 5 und ohne einen solchen zu beachten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerung für die älteren Versicherten Rechnung zu tragen."

1.2.3 Prämienanpassung bei unzureichender Erstkalkulation

Der Grund dafür, daß den Unternehmen die Möglichkeit der Prämienanpassung eingeräumt wird, liegt in dem Änderungsrisiko, das die Versicherer vernünftigerweise nicht tragen können. Das Risiko einer schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation soll der Versicherer hingegen grundsätzlich nicht abwälzen können. Für die Neukalkulation (*) muß entsprechendes gelten. Auch wenn sich dies bereits aus Sinn und Zweck der Möglichkeit der Prämienanpassung ergibt, scheint doch eine Klarstellung geboten. Die Kommission schlägt daher vor, in § 12 b Abs. 2 VAG nach Satz 2 folgenden Satz einzufügen:

„Eine Anpassung erfolgt jedoch insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und der Verantwortliche Aktuar dies hätte erkennen müssen."

Zur Klarstellung sollte auch § 178 g Abs. 2 VVG ergänzt und wie folgt gefaßt werden:

„(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämien berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen und nach Maßgabe des § 12 b Abs. 2 Satz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat."

1.2.4 Informationspflicht bei Prämienerhöhungen

Damit der Versicherungsnehmer auch tatsächlich von seinem Umstufungsrecht gemäß § 178 f VVG Gebrauch machen kann, ist es unerläßlich, daß er von Tarifen erfährt, in die er sinnvollerweise umstufen könnte. Deshalb schlägt die Kommission vor, die Informationspflichten in der Anlage zum VAG Teil D entsprechend zu ergänzen.

Der Vorschlag der Kommission an den Gesetzgeber lautet:

In der Anlage zum VAG Teil D wird unter Abschnitt II folgende Nummer 4 angefügt:

„4. bei Krankenversicherungen nach § 12 Abs. 1

bei jeder Prämienerhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muß Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn

sie in diese Tarife wechseln würden. Bei Versicherten, bei denen die Voraussetzungen für einen Wechsel in den Standardtarif gegeben sind, ist auch die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen."

1.2.5 Sozialgesetzbuch und Gesundheitsstrukturgesetz

1.2.5.1 Der Standardtarif

Da der Gesetzgeber festgelegt hat, daß PKV-Versicherte in aller Regel im Alter nicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren können, ist der Standardtarif nach Auffassung der Kommission eine wichtiger Schritt sicherzustellen, daß ältere PKV-Versicherte die Gewißheit haben, auch bei finanziellen Schwierigkeiten einen finanzierbaren Krankenversicherungsschutz mit medizinisch ausreichendem Versorgungsniveau wählen zu können.

Da im Alter die Möglichkeit, zur gesetzlichen Krankenversicherung zu wechseln, nicht mehr besteht, hält es die Kommission für erforderlich, die sozialpolitische Schutzfunktion des Standardtarifs auszubauen.

Das Zugangsalter zum Standardtarif sollte abgesenkt werden, da es auch schon vor dem 65. Lebensjahr älteren Versicherten Schwierigkeiten bereiten kann, die Beiträge für ihren privaten Krankenversicherungsschutz aufzubringen. Die Kommission schlägt daher vor, den Zugang zum Standardtarif bereits für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, zu öffnen.

Die wünschenswerte Beitragsentlastung durch den Standardtarif kommt bei Ehepaaren nur begrenzt zu tragen, da gegenwärtig beide Ehepartner Beiträge zum Standardtarif zu entrichten haben, während in der GKV in vielen Fällen ein Ehegatte beitragsfrei mitversichert ist. Dies erscheint unbefriedigend. Die Kommission schlägt daher vor, für Ehepartner, deren gemeinsames Gesamteinkommen (im Sinne des § 16 SGB IV) unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der GKV liegt, den gemeinsam zu zahlenden Beitrag im Standardtarif auf maximal 150 % des Höchstbeitrages der GKV zu begrenzen.

Beamte haben zwar nach Art. 32 GSG das Recht, ihren Krankenversicherungsvertrag außerordentlich zu kündigen, wenn der Versicherungsvertrag nicht den in § 257 Abs. 2 a SGB V genannten Voraussetzungen entspricht, der Standardtarif kommt bei ihnen allerdings wegen des bestehenden Beihilfeanspruchs nicht zum Tragen. Vor dem Hintergrund, daß es auch (pensionierten) Beamten im Alter Schwierigkeiten bereiten kann, die Beiträge für die Absicherung des Krankheitsrisikos über eine private Krankenversicherung aufzubringen, schlägt die Kommission vor, die PKV zu verpflichten, auch einen beihilfekonformen Standardtarif anzubieten, dessen Höchstbeitrag in derselben Relation zum GKV-Höchstbeitrag steht, wie der die Beihilfe ergänzende private Krankenversicherungsschutz zu einer vollen Absicherung in der privaten Krankenversicherung.

Die Kommission schlägt damit insgesamt vor, § 257 Abs. 2 a SGB V wie folgt zu ändern:

a) § 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt und dessen Beitrag für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jahres-Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt,"

b) § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V wird wie folgt gefaßt:

„Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt und der finanzielle Spitzenausgleich nach Absatz 2 b eine gleichmäßige Belastung der die nach Absatz 2 zuschußberechtigte Krankenversicherung betreibenden Krankenversicherungsunternehmen bewirkt."

c) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre befristet zu erteilen."

Die Kommission schlägt weiterhin vor, Artikel 32 GSG wie folgt zu ändern:

Es wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, können auch eine Bescheinigung darüber verlangen, daß das Unternehmen versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, das 60. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz oder einem nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anbietet, dessen die Beihilfe ergänzende Leistungen den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag den anteiligen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung, der sich aus der Gegenüberstellung des die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutzes zu einem vollen privaten Krankenversicherungsschutz ergibt, nicht übersteigt."

Die bisherigen Sätze 2 und 3 des Artikel 32 GSG werden Sätze 3 und 4.

1.2.5.2 Flankierende Maßnahmen zur Ausgabensteuerung

Die Kommission schlägt folgende konkrete Maßnahmen vor:

Die Verpflichtung für den Zahnarzt, dem zahntechnischen Labor bei der Auftragserteilung mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen GKV-Versicherten handelt (§ 30 Abs. 5 Satz 1 SGB V) sollte gestrichen werden. Diese Vorschrift ermöglicht es den Zahntechnikern im Ergebnis, für gleiche Leistungen bei PKV-Versicherten einen höheren Rechnungsbetrag als bei GKV-Versicherten zu verlangen. Preisdifferenzierungen sind nach Auffassung der Kommission nur dann sachgerecht, wenn sie in Unterschieden der Art der Ausführung begründbar sind. Für gleiche zahntechnische Leistungen müssen hingegen unabhängig vom Versichertenstatus auch gleiche Preise gelten.

Auch bei den Arzneimittelpreisen vermag die Kommission keine Begründung dafür zu erkennen, daß die PKV-Versicherten um 5% höhere Preise als die gesetzlich Krankenversicherten zahlen sollen.

1.2.6 Gebührenordnung für Ärzte und Gebührenordnung für Zahnärzte

Folgende weitere Maßnahmen zur Ausgabensteuerung werden vorgeschlagen:

Die Vorschrift, daß in der Regel nur ein Wert zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes abgerechnet werden darf, läuft in der Praxis weitgehend leer, ohne daß erkennbar wäre, daß die vom Arzt bei der Bestimmung des Steigerungssatzes geforderte Abwägung nach den in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ genannten Kriterien dies gebietet. Die Kommission empfiehlt den PKV-Unternehmen, die Abrechnungspraxis der Ärzte entsprechend dem geltenden Recht genau und konsequent zu überprüfen. Sie regt allerdings auch an, daß der Verordnunggeber Möglichkeiten einer Rechtsänderung in den Gebührenordnungen überprüft und sicherstellt, daß der Zweck der Bestimmungen stärker beachtet wird.

Der Gesetzgeber hat die Unternehmen der PKV verpflichtet, im Standardtarif den Höchstbeitrag der GKV nicht zu überschreiten und ein dem Versicherungsschutz in der GKV vergleichbares Leistungsangebot zu gewähren. Zugleich hat der Gesetzgeber den Unternehmen der PKV jedoch keine spezifischen Instrumente an die Hand gegeben, die prämienrechtliche Bindung im Standardtarif zu realisieren. Nach Ansicht der Kommission sollte der GOÄ-/GOZ-Verordnunggeber daher vorsehen, daß Ärzte bei Versicherten des Standardtarifes nicht mehr als den Mittelwert der Regelspanne (1,7facher Satz) anwenden dürfen.

In der GOÄ und der GOZ sollte eine Subsidiaritätsregel aufgenommen werden, wonach diese Gebührenordnungen dann keine Anwendung finden, wenn ein privates Krankenversicherungsunternehmen/ein Verband von Krankenversicherungsunternehmen mit einem Arzt/Verband von Ärzten eine abweichende Vereinbarung abgeschlossen hat.

1.2.7 Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzverordnung

1.2.7.1 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz ist die Vereinbarung der örtlichen Pflegesätze davon abhängig, daß die Mehrheit der Beteiligten nicht widerspricht (§ 18 Abs. 1 Satz 4 KHG). Der PKV-Verband kann also überstimmt werden und hat keine Möglichkeit zur Überwachung der Einhaltung der Grundsätze der einheitlichen Pflegesatzvereinbarung nach § 17 Abs. 1 KHG. Diese Mehrheitsentscheidung soll zu Gunsten eines allseitigen Zustimmungsvorbehalts, auch der PKV, geändert werden. Es wird daher vorgeschlagen, § 18 Abs. 1 Satz 4 KHG wie folgt zu formulieren:

„Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn kein Beteiligter nach Satz 3 der Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsabschluß widerspricht."

1.2.7.2 Bundespflegesatzverordnung

Die Vorgabe, daß die Entgelte für die Wahlleistungen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen sollen, läuft gegenwärtig vielfach leer. Die Kommission schlägt daher vor, das Angemessenheitsprinzip zu konkretisieren und justitiabel zu gestalten.

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus erstreckt sich gegenwärtig auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten außerhalb des Krankenhauses (§ 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV). Diese Regelung („Liquidationskette") verwehrt nicht nur dem Privatpatienten eine seinen Präferenzen entsprechende Arztwahl und wirkt zudem in erheblichem Umfang kostentreibend; spätestens seit dem Wegfall des Wahlarztabschlages ist sie auch systematisch nicht mehr haltbar. Da der Privatpatient den allgemeinen Pflegesatz in voller Höhe entrichtet, sind hiermit bereits die gesamten Arztkosten vergütet. Dem Patienten muß es daher ermöglicht werden, individuell und selektiv die Wahl liquidationsberechtigter Ärzte vornehmen zu können. Die Kommission schlägt daher vor, § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV dahin gehend zu ändern, daß eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen vom Patienten auf einzelne Ärzte beschränkt werden kann.

2 Auftrag und Arbeitsweise der Kommission

2.1 Beschluß des Deutschen Bundestages

Der Deutsche Bundestag hat aufgrund einer Empfehlung seines Finanzausschusses in seiner Sitzung am 19. Mai 1994 im Zusammenhang mit den parlamentarischen Beratungen über das Dritte Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften (Drittes Durchführungsgesetz/EWG zum VAG) folgenden Beschluß zur Einsetzung einer unabhängigen Expertenkommission gefaßt:

„Der Deutsche Bundestag sieht die Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter. Dieses Problem hat sich durch die steigende Lebenserwartung und die Kostensteigerung im Gesundheitswesen, zumal infolge des medizinisch-technischen Fortschritts, in den letzten zwei Jahrzehnten verstärkt.

Der Deutsche Bundestag sieht in der im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes getroffenen Regelung, ab 1. Juli 1994 einen ‚Standardtarif' einzuführen, der bei Inanspruchnahme des gesamten Leistungsspektrums der GKV die Beitragsleistungen für alle älteren Versicherten zu dämpfen in der Lage ist, eine notwendige Sofortmaßnahme. Eine grundlegende Lösung dieser Problematik ist jedoch unerläßlich. Deshalb wird die Bundesregierung aufgefordert, baldmöglichst eine unabhängige Expertenkommission einzuberufen, die insbesondere die Fragen der Beitragsverstetigung im Alter und des Einstiegs junger Versicherungsnehmer sowie die Möglichkeiten des Wechsels des Versicherers untersuchen und Lösungsvorschläge erarbeiten soll. Die Expertenkommission soll ihren Bericht bis Mitte 1995 vorlegen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, spätestens im ersten Halbjahr 1996 die daraus resultierenden gesetzgeberischen Konsequenzen zu ziehen. Unabhängig von der Expertenkommission ist die Versicherungswirtschaft ihrerseits aufgerufen, geeignete Kalkulationsmodelle zu entwickeln, die eine angemessene Beitragsgestaltung für ältere Versicherte ermöglichen."

2.2 Einsetzung der Kommission

Wenige Wochen nach Inkrafttreten des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG setzte das Bundesministerium der Finanzen nach Abstimmung mit den Bundesressorts durch den Parlamentarischen Staatssekretär Dr. Grünewald in Vertretung des Bundesministers der Finanzen im September 1994 eine „Unabhängige Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter" (im folgenden kurz Kommission genannt) ein.

Mit Schreiben vom 15. September 1994 wurden folgende Mitglieder in die Kommission berufen:

Frau Dr. Gertrud **Jäger**
ehemalige Vorstandsvorsitzende der Berlin-Kölnischen Krankenversicherung a. G.

Professor Dr. Helmut **Kollhosser**
Direktor der Forschungsstelle für Versicherungswesen an der Universität Münster

Professor Dr. Ulrich **Meyer**
Inhaber eines Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bamberg

Professor Dr. Heinrich **Reiter**
Präsident des Bundessozialgerichts

Professor Dr. Jürgen **Wasem**
Projektleiter am Max-PlanckInstitut für Gesellschaftsforschung und Professor an der Fachhochschule Köln

Die konstituierende Sitzung der Kommission fand am 21. September 1994 statt. Die Kommission wählte in ihrer zweiten Sitzung Herrn Prof. Dr. Wasem zu ihrem Vorsitzenden.

Völlig unerwartet verstarb Frau Dr. Jäger am 9. Februar 1995.

Das Bundesministerium der Finanzen berief mit Schreiben seines Parlamentarischen Staatssekretärs Prof. Dr. Faltlhauser vom 6. April 1995

Herrn Dipl.-Kfm. Gerd **Hahne,** Treuhänder nach § 12 b VAG, ehemaliges Vorstandsmitglied der Union Krankenversicherung AG,

als neues Mitglied in die Kommission.

Die Kommission wurde durch das Bundesministerium der Finanzen, Referat VII B 4, Herrn Ministerialrat Dr. Lemmer und Herrn Regierungsdirektor Layer, betreut. Ihr wurde ein Sekretariat zur Verfügung gestellt, dem:

Sven Lorenzen	Regierungsdirektor
Wolfgang Sommer	Regierungsdirektor
Marlis Volkmann	Regierungsdirektorin (November 1995 bis Februar 1996)

angehörten.

Die Mitglieder der Kommission sprechen den Mitarbeitern des zuständigen Referats des Bundesministeriums der Finanzen, insbesondere dem Sekretariat der Kommission, ihren nachdrücklichen Dank für ihr großes Engagement aus.

2.3 Auftrag der Kommission

Das Bundesministerium der Finanzen erteilte folgenden

„Auftrag für eine unabhängige Expertenkommission im Bereich der privaten Krankenversicherung

Der Deutsche Bundestag hat am 19. Mai 1994 im Zuge der Beratungen über das Dritte Gesetz zur Durchführung versicherungsrechtlicher Richtlinien des Rates der Europäischen Gemeinschaften einen Beschluß zur privaten Krankenversicherung gefaßt und die Bundesregierung aufgefordert, baldmöglichst eine unabhängige Expertenkommission einzuberufen. In Erfüllung dieses Auftrages wird die Kommission gebeten, für den Bereich der privaten Krankenversicherung die Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter zu untersuchen. Die Arbeit der Kommission soll sich insbesondere auf die Fragen der Beitragsverstetigung im Alter und des Einstiegs junger Versicherungsnehmer sowie auf die Möglichkeiten des Wechsels des Versicherers erstrecken und Lösungsvorschläge erarbeiten. Das Verhältnis von Prämienanstieg zum verfügbaren Einkommen im langfristigen Trend und die (Kosten)Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens sind zu berücksichtigen, wenn es die Kommission für erforderlich hält. Zu diesem Zwecke sollte die Kommission erforderlichenfalls einen Sachverständigen auf dem Gebiet der Makroökonomie und einen Sachverständigen auf dem Gebiet der Medizinwissenschaften anhören. Dem Wunsch des Bundestages entsprechend wird die Kommission gebeten, bis Mitte 1995 das Ergebnis ihrer Arbeit vorzulegen."

2.4 Arbeitsweise der Kommission

Die Kommission ist zu insgesamt 21 Sitzungen zusammengetreten. Im Verlauf dieser Sitzungen hat die Kommission folgende Personen gehört und befragt:

- Prof. Dr. Eberhard Wille (Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Mannheim; Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) zu ökonomischen und finanziellen Aspekten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
- Prof. Dr. Michael Arnold (Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Tübingen; ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) zu medizinischen Aspekten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens
- Prof. Dr. August Angerer (ehemaliger Präsident des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen) zu Fragen der Beitragsentlastung im Alter in der PKV
- Dr. Eckard Fiedler (Geschäftsführer des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.) zu Fragen der Kostensteuerung in der GKV und ihren Auswirkungen auf die PKV
- Dr. Christoph Uleer (Geschäftsführer des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.) zu Fragen der Kostensteuerung in der PKV sowie zu Fragen der Auswirkungen der Kostensteuerung in der GKV auf die PKV
- Dr. Hanns Bauermeister (Mitglied des Vorstandes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.) zur Kalkulation in der PKV
- Dr. Otto Grünewälder (Mitglied des Vorstandes der Barmenia Krankenversicherung VVaG) zu Fragen der Überschußbeteiligung und Eigenkapitalbildung in der PKV unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVaG).

Die Mitglieder des Sekretariats haben auf Bitten der Kommission verschiedene Ausarbeitungen zu rechtlichen und versicherungsmathematischen Fragen im Bereich der privaten Krankenversicherung vorgelegt und zu ausgewählten Fragen referiert.

3 Das Problem der Beitragssteigerungen im Alter

3.1 Die Versicherten in der privaten Krankenversicherung

Im Bereich der privaten Krankenversicherung gibt es im wesentlichen zwei Gruppen von Versicherten. Die Mitglieder der einen Gruppe sind gesetzlich krankenversichert, haben aber ihren Krankenversicherungsschutz durch Abschluß von privaten Zusatzversicherungen erweitert. Die Mitglieder der anderen Gruppe sind ausschließlich privat krankenversichert. Zu den Mitgliedern dieser zweiten Gruppe gehören einerseits Beamte, die den Teil ihrer Krankheitskosten, der durch die staatliche Beihilfe nicht abgedeckt wird, durch sog. Prozenttarife absichern, andererseits Arbeitnehmer, deren Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze liegt, Selbständige sowie die aus diesen Gruppen erwachsenden Rentner und Pensionäre. Die Gruppe der ausschließlich privat Versicherten ist wegen des absolut größeren Umfangs der Mehrbeiträge durch die Beitragssteigerungen im Alter typischerweise stärker betroffen als die nur zusätzlich privat Versicherten. In der Gruppe der ausschließlich privat Versicherten sind wiederum die Arbeitnehmer-Rentner typischerweise am stärksten betroffen, weil mit ihrem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben einerseits in der Regel ihr Einkommen

sinkt und andererseits der Arbeitgeberzuschuß zu ihrer privaten Krankenversicherung wegfällt und an dessen Stelle der meist geringere Zuschuß des Rentenversicherungsträgers tritt.

3.2 Die Versicherungsarten in der privaten Krankenversicherung

Die PKV bietet im wesentlichen folgende Versicherungsarten an:

- Krankheitskostenvollversicherung,
- Krankheitskostenzusatzversicherung,
- Krankentagegeldversicherung,
- Krankenhaustagegeldversicherung,
- Reisekrankenversicherung,
- freiwillige Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung,
- Pflegepflichtversicherung.

3.3 Die Besonderheiten der privaten Pflegepflichtversicherung

Die private Pflegepflichtversicherung ist wesentlich durch die Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) geprägt, das bereits Vorkehrungen gegen ein zu starkes Ansteigen der Beiträge im Alter getroffen hat. Die Kommission hat daher diesen Bereich aus ihren Untersuchungen ausgeklammert.

3.4 Die Beitragskalkulation in der Krankheitskostenvollversicherung

Die Probleme der Beitragssteigerung im Alter zeigen sich vor allem bei der Krankheitskostenvollversicherung. Zum Verständnis der Hauptursachen der Beitragssteigerung werden daher im folgenden die Grundzüge der Beitragskalkulation für diese Versicherungsart dargestellt (vgl. ausführlicher in Anhang I).

Die Finanzierung der Versicherungsleistungen kann auf verschiedene Weise erfolgen. Sie kann z. B. durch ein Umlageverfahren oder nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (*) durchgeführt werden.

Die GKV finanziert sich im Grundsatz nach dem Umlageverfahren. Sie legt ihre Gesamtkosten periodisch auf alle beitragspflichtigen Versicherten um. Dabei bemißt sich die Höhe der einzelnen Beiträge allerdings nach der Höhe des jeweiligen relevanten Einkommens des beitragspflichtigen Versicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze („Solidarbeiträge").

Die PKV kalkuliert demgegenüber die Beiträge für jeden Versicherten nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (*). Sie geht im Grundsatz davon aus, daß die gesamten Leistungen des Versicherungsunternehmens für jeden Versicherten durch seinen Beitrag gedeckt sein müssen (individuelles Äquivalenzprinzip). Dabei wird entsprechend dem Versicherungsgedanken nur insoweit eine risikogerechte Pauschalierung vorgenommen, als die Kalkulation nicht genau auf die individuellen Krankheitsrisiken jedes einzelnen Versicherten abstellt, sondern auf die Krankheitsrisiken einer Gruppe von gleichartigen Versicherten. Davon ausgehend werden gleiche Durchschnittsbeiträge für die Mitglieder dieser Gruppe ermittelt. Eine homogene Versichertengruppe wird aus solchen Versicherten gebildet, die gleiche Leistungsansprüche, gleiches Eintrittsalter und gleiches Geschlecht haben [2]).

Der durchschnittlich pro Jahr pro Versicherten dieser Gruppe zu erwartende Schaden wird als rechnungsmäßiger Kopfschaden (*) bezeichnet. Der Beitrag des Versicherten muß mindestens so bemessen sein, daß er außer diesem zu erwartenden Kopfschaden auch noch die Kosten des Unternehmens abdeckt und einen Sicherheitszuschlag enthält (Bruttobeitrag). Zur Vereinfachung wird im folgenden aber nur auf den Beitragsteil abgestellt, der zur Deckung der künftigen Kopfschäden bestimmt ist (Nettobeitrag).

Denkbar wäre es, daß diese (Netto-)Beiträge in der Weise altersbezogen berechnet würden, daß jährlich jeweils die Beiträge erhoben werden, die zur Deckung der Kopfschäden in dem jeweiligen Jahr erforderlich sind (sog. Risikoprämie). Da mit zunehmendem Alter das Krankheitsrisiko steigt, und zwar progressiv, würde ein solches System der Risikoprämienbildung dazu führen, daß die Beiträge in der Jugend sehr gering wären und mit zunehmendem Alter immer stärker anstiegen. Sie wären schließlich so hoch, daß sie von einem Teil der älteren Versicherungsnehmer nicht mehr bezahlt werden könnten.

Um dieses Ergebnis zu vermeiden, wird die Krankenversicherung, die geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung zu ersetzen (substitutive Krankenversicherung), schon seit Jahrzehnten nach Art der Lebensversicherung betrieben. Dies ist heute in § 12 VAG auch gesetzlich vorgeschrieben. Dies bedeutet, daß bei ihr nach versicherungsmathematischen Grundsätzen die Beiträge so gebildet werden müssen, daß sie – bei gleichbleibenden Verhältnissen – vom Vertragsschluß bis zum Vertragsende (Tod des Versicherten) gleich hoch bleiben (konstanter Beitrag).

Ein solcher konstanter Beitrag wird dadurch erreicht, daß ab Abschluß des Versicherungsvertrages zur oben erwähnten Risikoprämie ein Zuschlag hinzugerechnet wird (sog. Sparanteil), der mit wachsender Vertragsdauer geringer wird. Solche Sparanteile werden vom Versicherungsunternehmen ertragbringend angelegt, bis sie benötigt werden. Dabei wird als sicher angenommen, daß die Versicherungsunternehmen mit den Kapitalanlagen aus solchen Sparanteilen mindestens einen Zinsertrag von 3,5 % erwirt-

[2]) Bei Vertragsbeginn bestehenden Vorerkrankungen kann durch Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge Rechnung getragen werden.

schaften (sog. rechnungsmäßiger Zinssatz). Aus dem Wert aller Sparanteile, verzinst mit dem rechnungsmäßigen Zinssatz von 3,5%, wird eine Deckungsrückstellung gebildet (sog. Alterungsrückstellung i. S. d. § 341 f HGB). Beitragsmindernd wird bei dieser Kalkulation berücksichtigt, daß beim Ausscheiden eines Versicherten durch Tod oder Kündigung („Storno") der für ihn noch vorhandene Teil der Altersrückstellung der Versichertengemeinschaft zugute kommt (sog. „Vererbung").

Sobald bei steigendem Alter infolge des höheren Krankheitsrisikos die altersabhängige Risikoprämie die konstante Prämie übersteigt, ist der für den jeweiligen Versicherten vorgesehene Anteil aus der Alterungsrückstellung sukzessive zur Finanzierung des übersteigenden Teils der Risikoprämie heranzuziehen. Der Sparanteil ist so zu kalkulieren, daß die Alterungsrückstellung gerade ausreicht, um den Beitrag für die gesamte Lebensdauer des Versicherten konstant zu halten.

4 Die Beitragssteigerungen in der Vergangenheit

4.1 Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte

Bei gleichbleibenden Verhältnissen müßten nach dem oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodell die Beiträge lebenslang konstant bleiben und ausreichen, um ständig die gesamten Kopfschäden zu decken. Tatsächlich sind die Beiträge in der PKV in den letzten Jahrzehnten aber ständig gestiegen. Sie sind sogar erheblich stärker gestiegen als die allgemeinen Lebenshaltungskosten. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung war eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen.

So mußte ein 43jähriger Mann, der im Jahre 1970 in die PKV eintrat, im Durchschnitt einen Monatsbeitrag von 79,30 DM für den Vollversicherungsschutz bezahlen. Schloß ein 43jähriger Mann im Jahre 1993 eine Vollversicherung bei einem privaten Krankenversicherer ab, so kostete ihn das im Durchschnitt einen Monatsbeitrag von 526 DM. Dies ergibt eine Steigerungsrate von 663% auf den gesamten Zeitraum gerechnet oder von 8,6% jährlich.

Diese Steigerungsrate bezieht sich auf das feste Eintrittsalter (*) von 43 Jahren. Wesentlich höhere Steigerungen ergaben sich im selben Zeitraum für einen 1970 mit 43 Jahren eingetretenen und ab dann privat krankenversicherten Mann. Mit dem 1993 erreichten Alter (*) von 66 Jahren hatte er durchschnittlich einen Monatsbeitrag von 815,– DM zu zahlen. Das ist eine Steigerung um 928% oder durchschnittlich 10,6% pro Jahr [3]).

Dieser Entwicklung überproportional steigender Beiträge können sich die Versicherten in der PKV faktisch nicht entziehen. Theoretisch wäre zwar eine Kündigung des Krankenversicherungsschutzes denkbar. Ein völliger Verzicht auf Krankenversicherungsschutz erscheint angesichts der für den einzelnen nicht kalkulierbaren Risiken wenig vernünftig, und ein Wechsel des Versicherungsunternehmens scheidet nach einer langen Vertragslaufzeit in der Regel aus, weil der Versicherungsnehmer beim neuen Versicherungsunternehmen Beiträge zum nunmehr erreichten Alter entrichten müßte. Eine Prämiensenkung durch Herabstufung des Krankenversicherungsschutzes entspricht in vielen Fällen nicht den Präferenzen insbesondere älterer Versicherter.

4.2 Die Ursachen der Beitragssteigerungen

Die Beitragssteigerungen in der PKV hatten in den letzten Jahrzehnten vor allem folgende Ursachen:

Bei der Kalkulation des dauerhaft konstanten Beitrags nach dem oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodell wird zwar berücksichtigt, daß die Krankheitsrisiken mit dem Alter steigen. Die allgemeinen inflationsbedingten Preissteigerungen und die darüber hinausgehenden speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden hingegen nicht berücksichtigt. Vielmehr sollen die durch Inflation und Kostensteigerung im Gesundheitswesen verursachten Mehraufwendungen jeweils dann durch Beitragserhöhungen aufgefangen werden, wenn sie tatsächlich eintreten und soweit sie nicht auf andere Weise finanziert werden können (z. B. durch Kosteneinsparungen, höhere Zuführungen aus Überschüssen usw.). Grundlage solcher Beitragserhöhungen sind Beitragsanpassungsklauseln, die in den Versicherungsverträgen vereinbart werden und den Anforderungen des AGB-Gesetzes genügen müssen.

Die Anpassung der Beiträge an die erwähnten Preis- und Kostensteigerungen macht eine Nachkalkulation der Nettoprämie erforderlich. Dabei erfolgt die Nachkalkulation nicht auf der Basis des Eintrittsalters des Versicherten, sondern seines inzwischen erreichten risikoträchtigeren Alters. Das bedeutet, daß die Nettoprämie nicht nur im Ausmaß der Erhöhung der Kopfschäden angepaßt werden muß, sondern daß darüber hinaus eine Erhöhung wegen der inzwischen für den Zweck eines konstanten Beitrags nicht mehr ausreichenden Alterungsrückstellung erfolgen muß. Das führt dazu, daß die Beitragserhöhungen für die älteren Versicherten relativ höher sind als die aktuellen Preis- und Kostensteigerungen, und zwar um so höher, je älter der Versicherte ist (vgl. dazu Anhang I).

[3]) Berechnungen auf der Basis von Zahlen des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen.

Des weiteren wirkt sich auch der Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung beitragsteigernd aus. Bei der Berechnung der erforderlichen Alterungsrückstellungen gehen die Unternehmen von der statistisch ermittelten durchschnittlichen Lebenserwartung aus, die in Sterbetafeln festgehalten ist. Wenn sich die Lebenserwartung signifikant erhöht, reicht die Alterungsrückstellung, die auf der Basis der dann überholten Sterbetafeln kalkuliert worden ist, nicht mehr für den vorgesehenen Zweck der Beitragsverstetigung aus. Die Unternehmen müssen dann neue Sterbetafeln einführen und die bisherigen Beiträge auf der Basis des inzwischen erreichten Alters der Versicherten (vgl. oben in Abschnitt 3.4) nachkalkulieren mit der Folge weiterer Beitragserhöhungen.

Zu diesen allgemeinen Ursachen der Beitragssteigerung ist in den letzten Jahren noch eine besondere hinzugetreten:

Die Rückkehrmöglichkeit privat versicherter Arbeitnehmer und Rentner in die GKV wurde stark eingeschränkt. Früher konnten Arbeitnehmer, die bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze die Versicherung in der PKV gewählt hatten, nach freier Entscheidung zum Zeitpunkt des Rentenbezugs wieder in die GKV zurückkehren. Von dieser Möglichkeit machten viele Arbeitnehmer Gebrauch („Storno", vgl. oben in Abschnitt 3.4), weil das am beitragspflichtigen Einkommen orientierte Umlagesystem der GKV den Rentnern günstigere Beiträge bot. Die von diesen „Rückkehrern" freigewordenen Teile der Alterungsrückstellung blieben aufgrund der oben in Abschnitt 3.4 dargestellten „Vererbung" in der Versichertengemeinschaft. (Soweit diese „Rückkehrer" allerdings in der PKV eine Zusatzversicherung abschlossen, blieb ihnen der entsprechende Teil der für sie angesammelten Alterungsrückstellung erhalten.) Der Anteil der vollversicherten Arbeitnehmer-Rentner in der PKV blieb daher verhältnismäßig gering, so daß die Unternehmen Beitragserhöhungen bei älteren Versicherten meist problemlos durch den Einsatz von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung auf ein zumutbares Maß begrenzen konnten.

Auf der anderen Seite führte die Rückkehr zahlreicher älterer privat Versicherter in die GKV zu Störungen des Solidarprinzips im Umlageverfahren der GKV. Deswegen hat der Gesetzgeber die Rückkehrmöglichkeit seit 1977 zunehmend eingeschränkt. Deshalb gilt heute faktisch der Grundsatz: Einmal PKV-versichert, immer PKV-versichert. Seither müssen die Krankenversicherungsunternehmen im Hinblick auf die ständig wachsende Zahl älterer Versicherter eine höhere Gesamt-Alterungsrückstellung bilden.

5 Bisherige Maßnahmen zur Begrenzung des Beitragsanstiegs

5.1 Erste Aufforderung des BAV im Jahre 1970

Bereits im Jahre 1970 bereitete die Beitragsentwicklung insbesondere für ältere Versicherte Sorge, so daß sich das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen (BAV) veranlaßt sah, die Unternehmen aufzufordern, anläßlich von Sanierungen (*) Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung für Limitierungen zu entnehmen. In den folgenden Jahren sind solche Limitierungen auch bei Beitragsanpassungen (*) durchgeführt worden. So wurden im Jahr 1993 ca. 1053 Mio. DM als Einmalbeitrag für Beitragsermäßigungen der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (*) entnommen und der Alterungsrückstellung zugeführt.

5.2 Rundschreiben R 2/91 des Bundesaufsichtsamts für das Versicherungswesen

Veranlaßt durch den starken Prämienanstieg ordnete das BAV im Jahre 1991 mit seinem Rundschreiben R 2/91 an, daß alle Krankenversicherungsunternehmen zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter der Alterungsrückstellung aller Krankheitskostenversicherungen einheitlich Beträge in Höhe von mindestens einem Prozent der jeweiligen zum Ende des Vorjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung (*) jährlich zuzuschreiben haben.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen waren in der Weise zu ändern, daß für die Versicherten eine Beitragsermäßigung spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres zugesagt wurde. Die erste Zuschreibung erfolgte zum 31. Dezember 1992. Die für die Zuschreibung benötigten Mittel konnten der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (*) entnommen werden, wobei diese Verwendung allen anderen Verwendungsbeschlüssen vorging. Waren nicht genug Mittel in der Rückstellung vorhanden, mußte das betroffene Unternehmen dem BAV einen Plan für die Schließung der Finanzierungslücke zur Genehmigung vorlegen.

Mit dieser Regelung wurde in der Krankenversicherung praktisch zum ersten Mal eine direkte Beteiligung der Versicherten am Zinsüberschuß eingeführt. Dieses Zuschreibungsmodell hätte erst auf lange Sicht Wirkungen zeigen können. Es endete jedoch am 31. Dezember 1994 und wurde durch die mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG eingeführten neuen Maßnahmen abgelöst (§ 12 a Abs. 5 VAG).

Außerdem wurde angeordnet, daß die Krankenversicherungsunternehmen die Verwaltungskosten nicht mehr prozentual in die Prämie eingehen lassen, sondern altersunabhängige absolute Kostenzuschläge berechnen müssen. Dies führte zu einer sofortigen Entlastung besonders der älteren Versicherten, da

diese in der Regel höhere Beiträge zahlen als die jüngeren Versicherten.

5.3 Einführung des § 257 Abs. 2 a SGB V und des Standardtarifs

Darüber hinaus wurde durch das Gesundheitsstrukturgesetz ein neuer Absatz 2 a zu § 257 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) eingeführt. Nach dieser Bestimmung ist die Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitgeberzuschusses zum Krankenversicherungsbeitrag unter anderem davon abhängig, daß das Unternehmen, bei dem der jeweilige Arbeitnehmer die substitutive Krankenversicherung genommen hat, den sog. Standardtarif für über 65jährige Versicherte anbietet, der einen Versicherungsschutz entsprechend dem der gesetzlichen Krankenversicherung bietet. Dem Versicherungsnehmer wurde, auch wenn er keinen Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuß hatte, ein außerordentliches Kündigungsrecht eingeräumt, wenn das Versicherungsunternehmen die Voraussetzungen nach § 257 Abs. 2 a SGB V nicht erfüllt. Als Beitragsobergrenze für diesen Standardtarif wurde der durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung vorgeschrieben.

Die Einführung des Standardtarifs durch die PKV gab den am stärksten von den Beitragssteigerungen Betroffenen unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, auf einen zwar geringeren, aber ausreichenden Versicherungsschutz auszuweichen und sich damit Beiträge auf dem Niveau von maximal dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

5.4 Drittes Durchführungsgesetz/EWG zum VAG

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der EG-Richtlinien der dritten Generation, die eine Abschaffung der Bedingungs- und Tarifgenehmigung vorsahen, wurden wesentliche Teile des bisher weitgehend nicht kodifizierten Rechts der privaten Krankenversicherung in das Versicherungsvertragsgesetz (VVG) eingefügt (§§ 178 a bis 178 o VVG) sowie Vorschriften in das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) eingeführt, die an die Stelle der den Versichertenschutz gewährleistenden Bedingungs- und Tarifgenehmigung traten (z. B. Schaffung des Instituts des Verantwortlichen Aktuars, Mitwirkung eines Treuhänders bei Prämienanpassungen).

Eine wesentliche Regelung, die sowohl im VAG (§ 12 Abs. 1 Nr. 4) als auch im VVG (§ 178 f) verankert wurde, betrifft die Möglichkeit des Wechsels in gleichartige Tarife unter Anrechnung der Alterungsrückstellung. Sie ermöglicht es auch gerade den älteren Versicherten, ihren Krankenversicherungsschutz auf Tarife mit günstigeren Beiträgen umzustellen und so Steigerungen, die auf einer ungünstigen Bestandszusammensetzung in dem bisherigen Tarif beruhen, auszuweichen.

In Zusammenhang mit diesem Gesetzgebungsverfahren wurde auch die Thematik der Beitragsverstetigung wiederaufgegriffen. Dabei sollten spezifische Vorschriften für den Bereich der substitutiven Krankenversicherung geschaffen werden, um unabhängig von der EG-rechtlich notwendigen Umsetzung der Richtlinien der dritten Generation die Beitragsproblematik in der PKV zu entschärfen.

5.4.1 Lösungsmodelle im Vorfeld des Gesetzentwurfs

Im Vorfeld des Gesetzentwurfs wurden mehrere Lösungsmodelle diskutiert. Nach einem Modell sollten die Unternehmen ihre Prämien in der substitutiven Krankenversicherung so kalkulieren, daß sie sich mit Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten um 50 vom Hundert der zu diesem Zeitpunkt zu zahlenden Prämie ermäßigen. Diese Regelung sollte jedoch nur für Verträge gelten, die nach dem 1. Juli 1994 abgeschlossen würden. Außerdem sollte eine Bestimmung über die Direktzuschreibung von Überschüssen, die der des Rundschreibens R 2/91 vergleichbar war, in das Gesetz aufgenommen werden [4]).

Ein zweites Modell sah vor, daß die Krankenversicherer verpflichtet wurden, einen jährlichen Kostentrend von mindestens 3% in die Kopfschäden (*) einzurechnen. Zusätzlich war vorgesehen, daß in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt werden konnte, daß die Beiträge jedes Jahr automatisch zu einem festen Stichtag ebenfalls höchstens um den gleichen Prozentsatz stiegen. Darüber hinaus war eine dem § 12 a VAG vergleichbare Regelung über Direktgutschriften vorgesehen.

Von diesem Modell gab es mehrere Varianten hinsichtlich der Prozentsätze, die eingerechnet werden sollten. So wurde vertreten, es sei ausreichend, 2% Kostentrend einzurechnen.

Dem ersten Modell wurde entgegengehalten, daß es gerade in den Jahren vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu überproportional hohen Steigerungen führe. Dies ergebe sich daraus, daß die Versicherer gezwungen seien, bei jeder Prämienanpassung dafür zu sorgen, daß sich die Prämie ab Alter 65 halbiere. Ein solches Ergebnis könne nicht erwünscht sein.

An dem zweiten Modell („Dynamikmodell") wurde kritisiert, es fördere das Fortschreiten der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Wenn in die Tarife schon eine jährliche Kostensteigerung eingerechnet sei, könne man sicher sein, daß die Anbieter im Gesundheitswesen davon ausgingen, sie könnten mindestens mit einem Einkommenszuwachs in Höhe der bereits eingerechneten Steigerungsraten rechnen. Außerdem wurde geltend gemacht, die Einführung dieses Modells werde dazu führen, daß die Neuzugangsprämien der PKV für die jüngeren Jahrgänge nicht mehr wettbewerbsfähig gegenüber denen der GKV seien.

5.4.2 Der Gesetzentwurf der Bundesregierung

Von den oben aufgeführten Modellen wurde der Vorschlag, der die Direktgutschriften betraf, in den Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 14. Januar 1994 [5]) übernommen (§ 12 a VAG). Darüber

[4]) vgl. BT-Drucksache 12/4851 S. 6 oben
[5]) BR-Drucksache 23/94

hinaus wurde in der Anlage Teil D zum VAG unter Abschnitt I Nr. 3 eine Verpflichtung der Versicherer festgelegt, die Versicherungsnehmer über die zu erwartende Prämien- und Einkommensentwicklung bis zum Alter von 80 Jahren aufzuklären. Dabei wurde, um zu aussagekräftigen Angaben zu kommen, ein Vergleich mit der Einkommensentwicklung auf der Basis der Erfahrungswerte der letzten 20 Jahre vorgeschrieben. Sinn dieser Regelung sollte sein, dem Verbraucher eine sachgerechte Entscheidung – auch im Hinblick auf andere Vorsorgemöglichkeiten – zu ermöglichen [6]).

5.4.3 Gesetzgebungsverfahren

Im Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Durchführungsgesetz/EWG wurde die Problematik eingehend diskutiert. Der in Artikel 1 Nr. 12 des Regierungsentwurfs enthaltene § 12 a wurde in das Gesetz übernommen, nicht aber die in Artikel 1 Nr. 81 (Teil D) vorgesehene Informationspflicht bezüglich der zu erwartenden Prämiensteigerungen in der Krankenversicherung. Die dort vorgesehene Regelung wurde als zu weitgehend angesehen und durch eine offenere Formulierung ersetzt, die den Inhalt der Information weniger stark festlegt.

5.4.4 Die Regelung des § 12 a VAG

§ 12 VAG geht davon aus, daß nach dem oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodell der Alterungsrückstellung eine rechnungsmäßige Verzinsung von 3,5 % der positiven Alterungsrückstellung zugerechnet wird, die sich beitragsmindernd auswirkt. § 12 a VAG geht weiter davon aus, daß die Kapitalanlagen, die zur Bedeckung der Alterungsrückstellung bestimmt sind, tatsächlich in der Regel einen höheren Zinsertrag bringen als 3,5 %.

Davon ausgehend ordnet Abs. 1 des § 12 a VAG an, daß Versicherungsunternehmen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung und freiwilligen Pflegekrankenversicherung der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge in Höhe von 80 % dieser über den rechnungsmäßigen Zinssatz hinaus erwirtschafteten Zinsen (= Überzinsen), höchstens jedoch 2,5 % der Summe der positiven Alterungsrückstellungen, jährlich direkt gutzuschreiben haben (Direktgutschrift).

Von dieser Direktgutschrift sind nach Absatz 2 50 % allen Versicherten jährlich direkt gutzuschreiben und zur sofortigen oder künftigen Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter zu verwenden.

Die übrigen 50 % der Direktgutschrift sind nach Absatz 3 für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, festzulegen und innerhalb von drei Jahren für sie zur Beitragsermäßigung oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter zu verwenden. Damit werden den über 65jährigen über Absatz 2 und Absatz 3 des § 12 a VAG rasch relativ hohe Finanzmittel zur Begrenzung von Beitragssteigerungen zur Verfügung gestellt.

[6]) vgl. BT-Drucksache 12/4851 S. 6 oben

5.5 Neue Produkte und sonstige Maßnahmen der PKV-Unternehmen

Der Gesetzgeber hat bei der Verabschiedung des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG die Versicherungswirtschaft aufgerufen, unabhängig von weiteren gesetzlichen Maßnahmen, ihrerseits weitere geeignete Kalkulationsmodelle zu entwikkeln, die eine angemessene Beitragsgestaltung für ältere Versicherte ermöglichen. Viele Unternehmen haben auch erkannt, daß die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen, um ein zu starkes Anwachsen der Beitragsbelastung im Alter zu verhindern. Deshalb sind teils schon vor dem Inkrafttreten des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG, teils danach in der PKV neue Produkte zur Problembewältigung geschaffen worden.

5.5.1 Basistarif

So entwickelte der PKV-Verband bereits im Jahre 1988 – allerdings mit einer teilweise anderen Zielrichtung – einen Basistarif (nicht zu verwechseln mit dem Standardtarif), der eingeschränkte Leistungen vorsah. Bei stationärer Heilbehandlung werden nach diesem Tarif nur die Kosten des allgemeinen Pflegesatzes erstattet, während bei ambulanter Heilbehandlung die Rechnungen nur bis zum 1,7fachen Satz der GOÄ bzw. teilweise nur bis zum 1,3fachen Satz der GOÄ erstattet werden.

Dieser Tarif hat bisher keine größere Verbreitung gefunden. Neuerdings werden aber von einzelnen Unternehmen wieder ähnliche Tarife entwickelt und angeboten.

5.5.2 Kombination von Kranken- und Rentenversicherung

Eine Reihe von Krankenversicherern verweisen ihre Versicherungsnehmer auf Rentenversicherungsverträge, die bei Lebensversicherungsunternehmen abgeschlossen werden. Bei diesen Verträgen sind die Renten im Rahmen der steigenden Krankenversicherungsbeiträge dynamisiert. Diese Renten können im Alter zur Finanzierung der Beitragssteigerungen in der Krankenversicherung verwendet werden.

5.5.3 Zusatztarife zur Beitragsermäßigung im Alter

Bei einer größeren Zahl von Unternehmen kann eine Beitragsermäßigung im Alter im Rahmen eines Zusatztarifs vereinbart werden. Diese Zusatztarife haben den Vorteil, daß sie auch zu bestehenden Tarifen abgeschlossen werden können.

5.5.4 Tarife mit Beitragsermäßigung im Alter

Andere Unternehmen bieten Krankheitskostentarife an, die vorsehen, daß sich der Beitrag bei Erreichen eines Alters von 65 Jahren bedingungsgemäß um einen festen DM-Betrag oder um einen Prozentsatz des bisher gezahlten Beitrages mindert.

5.5.5 Sonstige Maßnahmen

Eine Reihe von Krankenversicherungsunternehmen ist schon während der Geltungsdauer des Rundschreibens 2/91 des BAV (vgl. oben in Abschnitt 5.2) über die behördliche Mindestanforderung hinausgegangen und hat in den Krankheitskostenversicherungen jährlich Beträge von mehr als 1 % der positiven Alterungsrückstellung zugeschrieben. Nach Ablösung der behördlichen Regelung des R 2/91 durch den § 12 a VAG (vgl. oben Abschnitte 5.2 und 5.4.4) sind ebenfalls mehrere Krankenversicherungsunternehmen über die gesetzliche Anordnung für die Krankheitskosten- und freiwillige Pflegeversicherung hinausgegangen, indem sie eine höhere als die gesetzlich vorgeschriebene Direktgutschrift gewährt haben.

6 Weiterer Handlungsbedarf und Hauptansätze für Regelungen

6.1 Weiterer Handlungsbedarf

Die vom BAV und vom Gesetzgeber in den letzten Jahren angeordneten Maßnahmen und Regelungen haben zu einer Verbesserung der Lage der älteren Versicherten beigetragen. Sie reichen aber noch nicht aus, um die Probleme hinreichend zu lösen. Dies war auch die Einschätzung des Deutschen Bundestages. Deshalb hat er die Bundesregierung aufgefordert, eine unabhängige Expertenkommission einzusetzen, die die Probleme näher untersuchen und weitere Lösungsvorschläge erarbeiten soll.

Die Modelle, die von der Versicherungswirtschaft in Ergänzung zu dem oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodell angeboten werden (vgl. oben Abschnitte 5.5.3 und 5.5.4) haben zwar zu einer Verbesserung der Situation der älteren Versicherten beigetragen, aber – aufs Ganze gesehen – reichen sie nach Ansicht der Kommission nicht aus, um die Beitragsentwicklung für die älteren Versicherten befriedigend zu stabilisieren.

Zum einen haben diese Angebote je für sich vertragsbedingte Schwächen, die sich ohne gesetzliche Unterstützung nicht völlig beseitigen lassen.

So haben die Rentenversicherungen, die zusammen mit Krankenversicherungen abgeschlossen werden können, zwar den Vorteil, daß die Versicherungsnehmer hier anders als bei der Krankenversicherung bei vorzeitiger Kündigung einen Rückkaufswert erhalten. Sie haben jedoch u. a. den Nachteil, daß diese Verträge separat gekündigt werden können und daher nicht sichergestellt ist, daß im Bedarfsfall entsprechende Mittel zur Verfügung stehen.

Die Zusatztarife zur Beitragsermäßigung im Alter haben zwar den Vorteil, daß sie auch zu bestehenden Tarifen abgeschlossen werden können. Diese Tarife können jedoch selbständig gekündigt werden.

Für die Tarife mit Beitragsermäßigung im Alter führt § 12 a Abs. 3 VAG jedenfalls so lange zu einem Nachteil, als sie nur von einem Teil der Versicherungsnehmer und nicht mit gleichem Leistungsumfang abgeschlossen werden. Denn gemäß der Umlageregelung des § 12 a Abs. 3 VAG (vgl. dazu Abschnitt 7.2) werden Teile der Überzinsen aller Versicherten nur für die älteren Versicherten verwendet. Da die Alterungsrückstellung der Tarife mit einer Beitragsermäßigung im Alter höher ist als die anderer Tarife, fallen dort auch höhere Zinserträge an. Da jedoch in diesen neuen Tarifen noch keine älteren Personen versichert sind, wird dieser Anteil des Zinsüberschusses (nach Maßgabe der geplanten Überschußverordnung) auf die anderen Tarife verteilt. Dies bedeutet, daß diejenigen Versicherten, die keine zusätzliche Vorsorge für das Alter treffen, im Alter davon profitieren, daß andere einen Tarif mit einer Beitragsermäßigung abschließen.

Wechseln die Versicherten, die Tarife mit einer Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen haben, später in den Standardtarif, so kommen sie durch die hohen zusätzlich finanzierten Anrechnungsbeträge seltener in den Genuß der Beitragsbegrenzung als andere Versicherte. Versicherte, die keine Vorsorge getroffen haben, werden also bevorteilt.

Diese Beispiele zeigen, daß die unterschiedlichen Modelle, die gegenwärtig angeboten werden, zu Ergebnissen führen können, die als nachteilig angesehen werden können.

Zum anderen läßt sich feststellen, daß diese freiwilligen Angebote nur einen Teil der Versicherungsnehmer erreichen und nur von einem Teil von ihnen angenommen werden, teilweise außerdem mit Beiträgen, die zu gering sind, um wirkungsvoll zur Beitragsverstetigung im Alter beitragen zu können. Damit bleibt für die Zukunft für einen erheblichen Teil der Versicherten das Problem der Beitragssteigerung im Alter aber bestehen.

Die Kommission ist allerdings der Ansicht, daß jedenfalls der Arbeitgeberzuschuß für Zusatztarife zur Beitragsermäßigung im Alter und für Tarife mit Beitragsermäßigungkomponenten, soweit sie bisher abgeschlossen wurden und künftig ggf. auch noch zusätzlich zu den von der Kommission vorgeschlagenen Regelungen abgeschlossen werden, steuerlich wie bei anderen Tarifen der substitutiven Krankenversicherung als Betriebsausgabe anerkannt werden sollte.

Die Kommission geht zudem davon aus, daß gegen eine Abzugsfähigkeit der Beiträge zu diesen Tarifen als Vorsorgeaufwendungen im Rahmen der Einkommensteuer keine Bedenken bestehen. Anderenfalls müßte eine Klarstellung durch die Finanzbehörden – notfalls den Gesetzgeber – erfolgen.

Die Kommission ist außerdem der Ansicht, daß eine Verpflichtung der Arbeitgeber zur Zahlung des Zuschusses gem. § 257 Abs. 2 a SGB V zu diesen Tarifen besteht. Dies gilt nach Auffassung der Kommission unabhängig davon, ob die Beitragszahlung in diesen Tarifen mit dem Rentenbeginn endet oder eine lebenslange Beitragszahlung vorgesehen ist. Daß in diesen Tarifen Vorsorge zur Verstetigung des Krankenversicherungsbeitrages im Rentenalter betrieben wird, steht einer Zuschußfähigkeit nicht entgegen. Das trifft auch für die Tarife auf der Basis des oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodells zu. Denn sie enthalten alle einen Sparanteil zur Bildung einer Alterungsrückstellung für das Rentenalter und sind gleichwohl alle eindeutig arbeitgeberzuschußpflichtig. Auch im übrigen hat der Arbeitgeber keinen Einfluß darauf, welchen der zahlreichen und sehr differenziert ausgestalteten Tarife, die im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung angeboten werden, der Arbeitnehmer wählt. Der Arbeitgeber bleibt nach § 257 SGB V auch dann zuschußpflichtig, wenn der Arbeitnehmer einen für seine Verhältnisse wenig geeigneten und/oder überteuerten Tarif auswählt. Der Schutz des Arbeitgebers liegt allein in der betragsmäßigen Begrenzung des Zuschusses.

Der Arbeitgeber müßte einen solchen Zuschuß auch zahlen, wenn der Arbeitnehmer in der GKV bliebe. Nach dem Sinn und Zweck des § 257 SGB V soll der Arbeitnehmer den Anspruch auf diesen Zuschuß behalten, wenn er statt der GKV die PKV wählt, soweit sie geeignet ist, die GKV zu ersetzen. Entsprechend wird der Zuschuß des Arbeitgebers durch die Hälfte des durchschnittlichen Höchstbeitrages der GKV begrenzt. Im Rahmen der substitutiven PKV hat der Arbeitnehmer dann eine freie Auswahl zwischen den dort angebotenen Tarifen. Die dargestellten Tarife und Zusatztarife zur Beitragsermäßigung im Alter sind aber Tarife der substitutiven Krankenversicherung.

Die Kommission empfiehlt deshalb eine gesetzliche Klarstellung, soweit dies erforderlich sein sollte.

6.2 Hauptansätze für weitere gesetzliche Regelungen

In Abschnitt 4.2 sind vier Hauptursachen für die starken Beitragssteigerungen ermittelt worden, die ältere Versicherte in den letzten Jahren hinnehmen mußten.

Die ersten beiden – allgemeine inflationäre Preissteigerungen und darüber hinausgehende spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen – sind Dauerursachen, weil sie in den oben in Abschnitt 3.4 dargestellten Kalkulationsmodellen bewußt nicht mit berücksichtigt sind. Insoweit besteht Anlaß zur Prüfung, ob nicht dem Gesetzgeber strukturelle Änderungen des Kalkulationsmodells vorgeschlagen werden sollen (dazu unten Abschnitte 7.1 und 8.3).

Auch die Verlängerung der Lebenserwartung trat in der Vergangenheit mit einer gewissen Regelmäßigkeit ein und Bevölkerungswissenschaftler gehen davon aus, daß sich diese Entwicklung zumindest in den nächsten zwei Jahrzehnten fortsetzen wird. Allerdings ist das gegenwärtige Kalkulationsmodell der PKV nach Auffassung der Kommission prinzipiell in der Lage, die Verlängerung der Lebenserwartung zu bewältigen. Erforderlich ist hierfür, daß die PKV-Unternehmen kontinuierlich die Sterbetafeln bei Nachkalkulationen aktualisieren. In den vergangenen vier Jahrzehnten haben viele der privaten Krankenversicherer die Sterbetafeln insgesamt nur einmal aktualisiert; gegenwärtig wird die zweite Aktualisierung vorgenommen. Die Kommission geht davon aus, daß in Zukunft Anpassungen der Sterbetafeln häufiger vorgenommen werden, zumal die PKV-Unternehmen nunmehr auf Verbandsebene regelmäßig die Entwicklung der PKV-spezifischen Sterblichkeit beobachten. Sie weist nachdrücklich darauf hin, daß die Sterbetafeln jeweils möglichst umgehend aktualisiert werden sollten, wenn erkennbar ist, daß die Werte in den bisherigen Tafeln nicht mehr zutreffen. Es wäre für die Versicherten letztlich nachteilig, wenn aus Wettbewerbsgründen Unternehmen notwendige Aktualisierungen verzögerten. Da die Konsequenzen einer solchen Nachkalkulation je nach Veränderung der Sterbetafeln die verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich belasten, sind schematische gesetzliche Regelungen nach Auffassung der Kommission nicht angebracht. Sofern aus der Nachkalkulation in Einzelfällen unzumutbare Beitragsanpassungen resultieren, muß ihnen nach Auffassung der Kommission mit unternehmensspezifischen Sonderregelungen durch Zuführung zusätzlicher Mittel zur Beitragsverstetigung im Alter begegnet werden.

Auch wegen der faktischen Rückkehrsperre in die GKV ist keine generelle gesetzliche Dauerregelung angebracht. Denn bei jeder Nachkalkulation (*) werden Stornowahrscheinlichkeiten überprüft, so daß die Beschränkung des Zugangs zur GKV in der Kalkulation der Beiträge größtenteils bereits berücksichtigt ist. Das Problem stellt sich außerdem nur, soweit Arbeitnehmer privat versichert sind, also nicht, soweit Beamte und soweit Selbständige versichert sind. Demnach ist die Situation von Unternehmen zu Unternehmen sehr verschieden. Auch hier ist die Kommission der Auffassung, daß kein genereller gesetzlicher Handlungsbedarf besteht. Vielmehr müssen gegebenenfalls unternehmensspezifisch zeitlich befristete Sonderregelungen durch Zuführung zusätzlicher Mittel zur Beitragsverstetigung im Alter gefunden werden.

7 Realwertsicherung der Alterungsrückstellung und Verwendung des Zinsüberschusses

7.1 Realwertsicherung der Alterungsrückstellung

In dem Kalkulationsmodell der PKV sind die allgemeinen, zur Geldentwertung führenden Preissteigerungen nicht mitberücksichtigt (vgl. die Ausführungen in Anhang I Nr. 2). Die Geldentwertung betrug in der Zeit von 1970 bis 1993 im Durchschnitt 3,8%. Dies bedeutet, daß die Alterungsrückstellungen in diesem Zeitraum aus diesem Grund jährlich um 3,8% an Wert verloren haben. Auch wenn die Maastricht-Kriterien erfüllt sein werden, wird es nach allem menschlichen Ermessen auch in Zukunft in der Bundesrepublik ein gewisses Maß an Geldentwertung geben.

Es erscheint daher geboten, die Alterungsrückstellungen durch geeignete Regelungen soweit möglich gegen Geldentwertung zu schützen. Sinnvoll erscheint es, der Alterungsrückstellung aus den Erträgen der sie bedeckenden Kapitalanlagen Zinsen i. H. d. allgemeinen Preissteigerungsrate zuzuführen. Dies ist für alle nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostenversicherungen und bei der freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) erforderlich, da in diesen Versicherungen Alterungsrückstellungen aufgebaut werden, die der Geldentwertung unterliegen.

Die rechnungsmäßigen Zinsen i. H. v. 3,5%, die nach dem oben dargestellten Kalkulationsmodell der positiven Alterungsrückstellung jährlich zugeführt werden, sind allerdings zum Ausgleich der Geldentwertung nicht geeignet. Denn dieses Kalkulationsmodell läßt – wie dargetan – die Geldentwertung außer Acht. Es geht also von einem gleichbleibenden Geldwert aus und bezieht deshalb die 3,5% rechnungsmäßiger Zinsen zur Beitragsminderung in die Kalkulation mit ein.

Die Geldentwertung kann also in diesem Kalkulationsmodell nur dadurch neutralisiert werden, daß ein entsprechender Prozentsatz der überrechnungsmäßigen Zinsen der Alterungsrückstellung zugeführt wird.

Nun bestimmt neuerdings bereits § 12 a Abs. 1 VAG, daß der Alterungsrückstellung Beträge i. H. v. 80% der auf die Alterungsrückstellung entfallenden Überzinsen, höchstens jedoch 2,5% der Summe der positiven Alterungsrückstellungen direkt gutzuschreiben sind. Diese Bestimmung trägt bereits deutlich zu einer Verbesserung der Beitragsverläufe im Alter bei. Das zeigen die Modellrechnungen im Anhang II, die die unterschiedlichen Beitragsverläufe der Versicherten darstellen, je nachdem, ob keine Direktgutschrift, eine Gutschrift gem. der Anordnung im Rundschreiben R 2/91 des BAV oder eine Direktgutschrift gem. § 12 a Abs. 1 VAG zur Alterungsrückstellung erfolgt.

Die Direktgutschrift nach § 12 a Abs. 1 VAG i. H. v. maximal 2,5% der positiven Alterungsrückstellung reicht aber nicht aus, um die Geldentwertung der Alterungsrückstellung voll auszugleichen die – wie oben dargetan – in der Vergangenheit langfristig durchschnittlich 3,8% betragen hat. Die Kommission hält daher eine Ausweitung der Überzins-Regelung des § 12 a Abs. 1 VAG für angebracht. Sie hat eingehend diskutiert, welche weitergehende Regelung angemessen ist. Dazu hat sie Fachleute aus der Versicherungswirtschaft gehört und die zusammengefaßten Jahresabschlüsse der Krankenversicherer ausgewertet. Im Ergebnis schlägt die Kommission dem Gesetzgeber eine Regelung dahingehend vor, daß 90% der auf die Alterungsrückstellung entfallenden Überzinsen den Versicherten direkt zuzuschreiben sind und daß die Begrenzung der Direktgutschrift auf 2,5% der Summe der positiven Alterungsrückstellungen fallengelassen wird. Für diesen Vorschlag, der den Unternehmen einen Anteil von 10% der genannten Überzinsen beläßt, sind folgende Gründe maßgebend:

Einerseits benötigen die Unternehmen auch noch für verschiedene andere Zwecke Finanzmittel, die letztlich immer nur aus Beiträgen oder Erträgen der Kapitalanlagen stammen können. So muß insbesondere berücksichtigt werden, daß Versicherungsunternehmen nach § 53 c Abs. 1 VAG verpflichtet sind, zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verträge freie unbelastete Eigenmittel mindestens i. H. d. Solvabilitätsspanne zu bilden. Dies bedeutet, daß steigende Krankheitskosten und damit steigende Beiträge gesetzlich zwingend eine Aufstockung des Eigenkapitals erfordern, selbst wenn sich die Anzahl der Versicherten bei einem Unternehmen nicht erhöht hat. Insbesondere Krankenversicherungsunternehmen in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit haben i. d. R. nur die Möglichkeit, weiteres Eigenkapital aus den erwirtschafteten Überschüssen zu bilden. Sodann erweist es sich aber auch immer wieder als notwendig, in einzelnen Tarifen notwendige Beitragserhöhungen durch den Einsatz von Sondermitteln zu begrenzen. Dies geschieht durch Entnahme von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (*) kann aber nur aus Teilen des Überschusses, der aus den verschiedenen Überschußquellen (*) gespeist wird, gebildet werden.

Andererseits reicht eine Zuführung von 90% der Überzinsen im wesentlichen aus, um die Geldentwertung für die Alterungsrückstellung zu neutralisieren. Das läßt sich an den Zahlen der Vergangenheit zei-

gen. Die jährliche Geldentwertung betrug in der Zeit von 1970 bis 1993 3,8%. Im gleichen Zeitraum betrug die durchschnittliche Kapitalrendite in der BRD 7,8% [7]). Die Kommission geht, da Statistiken hierzu nicht zur Verfügung stehen, davon aus, daß die von den PKV-Unternehmen erwirtschaftete Nettokapitalrendite im Durchschnitt in diesem Zeitraum mindestens so hoch war. Nach Abzug des rechnungsmäßigen Zinssatzes von 3,5%, der der Alterungsrückstellung ohnehin zugeführt wird (vgl. oben in Abschnitt 3.4), ergibt sich ein überrechnungsmäßiger Zins von durchschnittlich mindestens 4,3%. 90% davon sind 3,9%. Das entspricht mit einer Differenz von 0,1% der durchschnittlichen jährlichen Geldentwertungsrate.

Für die Zukunft lassen sich insbesondere im Hinblick auf die Bemühungen der Bundesrepublik, die Maastricht-Kriterien zu erfüllen keine sicheren Prognosen darüber treffen, wie die Geldentwertungsraten und die Kapitalerträge der PKV-Unternehmen sich in den nächsten Jahren im einzelnen entwickeln werden. Es entspricht jedoch gesicherter volkswirtschaftlicher Erkenntnis, daß die Nominalzinsentwicklung und die Geldentwertungsrate im langfristigen Trend in etwa parallel verlaufen. Mit steigender Geldentwertung steigt auch der Nominalzinssatz und damit die Möglichkeit der Versicherungsunternehmen, höhere Erträge aus den Kapitalanlagen zu erwirtschaften. Dies trifft jedenfalls bei längerfristiger Betrachtung zu. Deshalb kann man erwarten, daß auch in Zukunft 90% der Überzinsen bei langfristiger Betrachtung ausreichen werden, die Geldentwertung der Alterungsrückstellung zu neutralisieren.

7.2 Verursachungsgerechte Verteilung des Zinsüberschusses

Die gegenwärtige gesetzliche Regelung in § 12a Abs. 2 VAG sieht vor, daß nur 50% der Gutschrift nach § 12 a Abs. 1 VAG allen Versicherten direkt zugeschrieben werden. Die andere Hälfte wird nach § 12 a Abs. 3 VAG für die Versicherten verwendet, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Damit wird der Zinsüberschuß teilweise nicht verursachungsgerecht verteilt.

Die Kommission hat nicht verkannt, daß für diese Regelung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein Bedürfnis besteht, da die Alterungsrückstellung der heute bereits älteren Versicherten einen befriedigenden Beitragsverlauf im Alter nicht sicherstellt (vgl. oben in Abschnitt 4.2). Durch die Regelung werden den über 65jährigen rasch relativ hohe Finanzmittel zur Begrenzung von Beitragssteigerungen zur Verfügung gestellt. Andererseits entfaltet die Regelung Wirkungen, die nach Auffassung der Kommission auf längere Sicht vermieden werden sollten.

Da nach dieser gesetzlichen Regelung ein bestimmter Anteil der Zinsüberschüsse der jüngeren Versicherten für die älteren verwendet wird, hängt die absolute Höhe des umverteilten Betrages davon ab, wie die Altersverteilung der Versicherten in einzelnen Unternehmen aussieht. Unter sonst gleichen Voraussetzungen profitieren ältere Versicherte deshalb in ganz unterschiedlicher Weise von der Umschichtung der Zinsüberschüsse. Unternehmen mit einem geringen Bestand an älteren Versicherten können hohe zusätzliche Beitragsermäßigungen geben, während diese bei Unternehmen mit einem hohen Bestand an Älteren – je nach dem Umfang der gebildeten Alterungsrückstellung – meist deutlich geringer ausfallen werden.

Wegen der steigenden Lebenserwartung und des weitgehenden Wegfalls der Möglichkeit, in die GKV zu wechseln, wird sich der Anteil der älteren Versicherten in der PKV in den nächsten Jahren deutlich erhöhen (vgl. dazu oben Abschnitt 4.2). Ferner führt die Direktgutschrift nach § 12 a Abs. 2 und Abs. 3 VAG dazu, daß der Anteil der Alterungsrückstellung der älteren Versicherten an der Gesamtalterungsrückstellung deutlich steigen wird. Die heute jüngeren Versicherten können daher nicht erwarten, daß später für den einzelnen Versicherten ähnlich hohe Beträge für die Limitierung von Beitragserhöhungen zur Verfügung stehen, wie dies zur Zeit der Fall ist.

Darüber hinaus ergeben sich Wettbewerbsverzerrungen. Unternehmen, die vor wenigen Jahren gegründet worden sind, haben kaum ältere Personen versichert. Diese Versicherer sind daher in der Lage, allen Versicherten einen Zinsüberschuß von nahezu 2,5% zu geben, während die übrigen Unternehmen durch die Umverteilung ihren jüngeren Versicherten nur einen Zinsüberschuß von 1,25% gutschreiben können. Damit sind Versicherer, die länger am Markt sind, durch die jetzige gesetzliche Regelung im Wettbewerb benachteiligt. Die Benachteiligung wirkt sich gegen ihre jüngeren Versicherten aus.

Die Kommission hält es aus den genannten Gründen für notwendig, daß die Abhängigkeit der Zinsüberschußbeteiligung von der Bestandszusammensetzung durch die jetzige gesetzliche Regelung abgebaut wird. Ziel sollte es sein, jedem Versicherten 90% der überrechnungsmäßigen Kapitalerträge der auf ihn entfallenden Alterungsrückstellung jährlich direkt gutzuschreiben. Allerdings kann dies nicht sofort verwirklicht werden.

Die Direktgutschrift gemäß dem Rundschreiben R 2/91 des BAV erfolgte erstmals zum 31. Dezember 1992 und betrug nur 1% der positiven Alterungsrückstellung. Die Verpflichtung zur gesetzlichen Direktgutschrift gemäß § 12a Abs. 1 VAG besteht erst seit dem 1. Januar 1995. Für die älteren Versicherten konnten daher bisher mit Hilfe dieser Direktgutschriften zur Beitragsbegrenzung nur geringe Beträge angesammelt werden. Die Kommission ist daher der Ansicht, daß die Verwendung eines Teils des gesamten Zinsüberschusses für die älteren Versicherten so, wie es in § 12 a Abs. 3 VAG geregelt ist, in einer Übergangszeit dringend geboten bleibt.

Anhand verschiedener Modellrechnungen wurde geprüft, welchen Einfluß verschiedene Bestandsänderungen und ein Abbau der Umlage der Zinsüberschußbeteiligung nach § 12 a Abs. 3 VAG auf die Bei-

[7]) Berechnet als durchschnittliche Rendite der jeweils im Umlauf befindlichen öffentlichen Anleihen (Statistisches Jahrbuch, laufende Jahrgänge).

tragsentwicklung der älteren Versicherten hätten (Anhang II).

Aus alledem ist die Kommission zu dem Ergebnis gekommen, daß die nicht verursachungsgerechte Zinsüberschußbeteiligung nach § 12a Abs. 3 VAG innerhalb von 25 Jahren abgebaut und in gleichem Maße die Direktgutschrift nach § 12a Abs. 2 VAG erhöht werden sollte. Das bedeutet, daß die Versicherten im Jahr nach Inkrafttreten der vorgeschlagenen Gesetzesänderung 50% der nach § 12 a Abs. 1 direkt gutzuschreibenden Überzinsen für die eigene Prämienermäßigung gutgeschrieben bekommen, während die andere Hälfte der direkt gutzuschreibenden Überzinsen für die älteren Versicherten verwendet wird. Danach steigt der Anteil der nach § 12 a Abs. 1 direkt gutzuschreibenden Überzinsen, der für eigene Prämienermäßigungen verwandt wird, jährlich um 2% an, bis nach 25 Jahren der gesamte nach § 12a Abs. 1 direkt gutzuschreibende Betrag gemäß § 12 a Abs. 2 (verursachungsgerecht) verwendet wird. Der gemäß § 12 a Abs. 3 für die älteren Versicherten zu verwendende Anteil geht im selben Zeitraum von 50% der direkt gutzuschreibenden Überzinsen auf Null zurück.

7.3 Zuführung eines Teils des Zinsüberschusses in einen Pool

Unternehmen, bei denen nur wenige ältere Personen versichert sind, erhalten – wie bereits erwähnt – durch § 12 a VAG in seiner jetzigen Form einen Wettbewerbsvorteil, da sie in der Lage sind, auch den jüngeren (unter 65jährigen) Versicherten fast den gesamten nach § 12 a Abs. 1 zuzuschreibenden Teil der Überzinsen für die eigene Prämienermäßigung zuzuschreiben. Zudem erhalten die bei ihnen versicherten (wenigen) älteren Personen soviel Anteile der Überzinsen der jüngeren Versicherten, daß ihre Prämie gemäß § 12 a Abs. 3 Satz 2 bis auf die Höhe der Prämie für ihr ursprüngliches Eintrittsalter gesenkt werden kann.

Dieser Wettbewerbsvorteil liegt ausschließlich in der Altersstruktur der bei diesen Unternehmen Versicherten begründet und damit vielfach in der Tatsache, daß sie noch nicht so lange wie andere Unternehmen am Markt Krankenversicherungsschutz anbieten. Dieser Wettbewerbsvorteil käme insbesondere auch neu zu gründenden Krankenversicherungsunternehmen zugute.

Neugründungen von Unternehmen sind auch unter dem Aspekt des in § 178f VVG garantierten Umtarifierungsanspruchs der Versicherungsnehmer zu sehen. Da § 178f VVG sich nur auf Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens bezieht, können sich Unternehmen der Umtarifierungsverpflichtung durch Neugründung eines Unternehmens entziehen. Dazu müßten sie, statt innerhalb des bestehenden Unternehmens neue Tarife anzubieten (in die alle „Altversicherten" gemäß § 178f VVG wechseln könnten) ein neues Unternehmen gründen, das diese neuen Tarife anbietet (in diese Tarife könnten die „Altversicherten" nicht über § 178f VVG wechseln).

Die Kommission hat geprüft, ob zur Vermeidung dieser Wettbewerbsverzerrungen ein Teil des Zinsüberschusses in einen unternehmensübergreifenden Pool eingezahlt werden sollte. Dazu wurde folgendes Modell diskutiert:

Zunächst wird derjenige Teil der Überzinsen, der zur Zuführung zu den Alterungsrückstellungen zu verwenden ist, festgelegt (Überzinsdirektgutschrift). Nach dem unter gemachten Vorschlag beträgt die Überzinsdirektgutschrift 90% der Überzinsen.

Die älteren Versicherten (ab dem Lebensalter 65 Jahre) erhalten die gesamte auf ihre Alterungsrückstellungen entfallenden Direktgutschrift selbst gutgeschrieben, während den jüngeren Versicherten nur ein Teil der auf ihre Alterungsrückstellungen entfallenden Direktgutschrift selbst gutgeschrieben wird. Dieser Teil steigt – wie im vorigen Abschnitt beschrieben – im Laufe von 25 Jahren von 50% auf 100% an.

Der andere (im Laufe von 25 Jahren von 50% auf 0% sinkende) Teil der auf die Alterungsrückstellungen der jüngeren Versicherten entfallenden Direktgutschrift wird an einen Pool aller privaten Krankenversicherer abgeführt.

Die dem Pool zufließenden Mittel werden den beteiligten Unternehmen im Verhältnis der Anzahl der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, zugeteilt. Versicherte, die nicht vollversichert sind, sind dabei anteilmäßig zu erfassen. Als Schlüssel bieten sich die Prämienanteile für die verschiedenen Teilbereiche (Zahnkosten, Krankenhauskosten usw.) an.

Die den einzelnen Unternehmen zugewiesenen Beträge sind so zweckzubinden, daß sie in den einzelnen Tarifen gemäß den Anteilen der in ihnen (voll)-versicherten älteren Versicherten zur Prämienreduktion zu verwenden sind. Die Art der Verteilung innerhalb der Tarife, also die Festlegung des konkreten Modells zur Kappung von Beitragsspitzen, sollte den einzelnen Unternehmen überlassen werden, weil dadurch am besten der speziellen Situation der einzelnen Unternehmen Rechnung getragen werden könnte.

Dieses Poolmodell hat gegenüber anderen Modellen zur Entschärfung der durch unterschiedliche Altersstrukturen der Versicherten in den Unternehmen gegebenen Problematik folgende Vorteile:

Es trägt dem Gesichtspunkt Rechnung, daß das Problem der hohen Prämien der älteren Versicherten ein unternehmensübergreifendes Problem ist und sucht folgerichtig eine Lösung des Problems innerhalb der Branche.

Hinsichtlich der Verteilung der Mittel des Pools auf die beteiligten Unternehmen vermeidet das Modell alle Kriterien, die durch die Geschäftspolitik der Unternehmen in der Vergangenheit beeinflußt sind (z. B. unterschiedliche Risikopolitik bei der Antragsprüfung, unterschiedliche Kappung von Beitragsspitzen durch Zuführung von Einmalbeiträgen aus den RfB (*)). Vielmehr wird bei der Verteilung der Poolmittel nur berücksichtigt, wie viele ältere Personen

im Unternehmen (voll-)versichert sind, welchen Anteil das einzelne Unternehmen also an der „Bürde der älteren Versicherten" trägt.

Die Art des (Voll-)Versicherungsschutzes geht nicht in den Verteilungsschlüssel ein; insbesondere werden für teuren Versicherungsschutz (Luxustarife mit Einbettzimmer, Chefarztbehandlung usw.) nicht mehr Prämiensubventionsmittel bereitgestellt als für einfachen Versicherungsschutz. Dies erscheint aus sozialen Gründen angezeigt.

Tarife mit Selbstbeteiligung (in unterschiedlicher Höhe) werden nicht besonders behandelt, da eine geringere Subventionierung wegen der niedrigeren Prämie gewissermaßen eine Bestrafung der Versicherungsnehmer, die aus Kostengründen einen Teil des Risikos selbst übernommen haben, bedeuten würde.

Die diskutierte Pool-Regelung beseitigt die aus unterschiedlicher Altersstruktur der Versicherten stammenden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Unternehmen weitgehend. Dagegen werden durch den Pool – wie marktwirtschaftlich angemessen – Unterschiede in den Prämienniveaus der älteren Versicherten, soweit sie aus unterschiedlicher Unternehmenspolitik in der Vergangenheit stammen, nicht berührt.

Auch der Anreiz zur Gründung neuer Krankenversicherungsunternehmen nur aus dem Grund, frei von Altlasten und ohne Umtarifierungsansprüche alter Versicherungsnehmer am Markt agieren zu können, wird durch die in dem Modell resultierende (Netto-)Einzahlungsverpflichtung in den Pool gebremst. (Unternehmensgründungen aus anderen Gründen heraus werden dagegen nicht berührt.)

Die dargestellte Poollösung weist auf der Seite des Mittelaufkommens jedoch durch die Kopplung der Zahlungen an den Pool an die Höhe der Alterungsrückstellungen gewichtige Nachteile auf:

So entsteht unter sonst gleichen Bedingungen für die Unternehmen eine um so höhere Zahlungsverpflichtung, je größer bislang der Umfang der Limitierungen auch zugunsten jüngerer Versicherter war. Unternehmen, die in der Vergangenheit hohe Mittel für Limitierungen aufgewandt haben, müssen per Saldo an diejenigen Unternehmen zahlen, die nicht viel limitiert (*) haben.

Bei gleichen Versichertenstrukturen entsteht unter sonst gleichen Bedingungen eine Zahlungsverpflichtung derjenigen, die früher aktuelle Sterbetafeln für die Bestände einkalkuliert haben, an diejenigen, die dies erst später getan haben.

Unter sonst gleichen Bedingungen entsteht eine Zahlungsverpflichtung derjenigen Unternehmen, die nicht zillmern, an diejenigen, die zillmern (*). (Die Alterungsrückstellungen der nicht zillmernden Unternehmen – und damit die direkt gutzuschreibenden Überzinsen – sind nämlich unter sonst gleichen Bedingungen größer als die der zillmernden Unternehmen.)

Unterschiedlich steile Profile (*) führen unter sonst gleichen Bedingungen dazu, daß Unternehmen mit den im Durchschnitt steileren Profilen an Unternehmen mit den im Durchschnitt flacheren Profilen zahlen müssen. Die unterschiedliche Steilheit kann z. B. durch Selbstbeteiligungen, unterschiedliche Risikopolitiken oder eine unterschiedliche Handhabung der Risikoprüfung bei Umstufungen bedingt sein. Für hieraus resultierende Zahlungssalden gibt es keine vertretbare Begründung.

Unternehmen, die Beitragsentlastungskomponenten anbieten, leisten unter sonst gleichen Bedingungen an Unternehmen, die solche Komponenten nicht anbieten (sofern die Überzinsen der Rückstellungen der Beitragsentlastungstarife zu Zahlungsverpflichtungen in den Pool führen).

Unternehmen, deren Versicherte überdurchschnittlich in „Hochleistungstarifen" versichert sind (Einbettzimmer, keine GOÄ-Begrenzung etc.) zahlen an Unternehmen, deren Versicherte stärker in leistungsschwächeren Tarifen versichert sind.

Es gibt Beamtentarife, die bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres eine Kostenerstattung von 50%, danach von 30% vorsehen. Die Versicherten dieser Tarife würden mehr in den Pool einzahlen als ihrer Beteiligung an den Poolmitteln im Alter entspricht.

Die Verzinsung der Kapitalanlagen ist bei den Unternehmen unterschiedlich hoch. Unternehmen mit einer erfolgreichen Anlagepolitik müßten Teile ihres Zinsüberschusses an andere Unternehmen abgeben.

Wegen dieser Eigenschaften bestünde bei der dargestellten Poollösung zudem die Gefahr, daß die Unternehmen in ihrer zukünftigen Geschäftspolitik strategische Handlungsweisen entwickeln könnten mit Blick darauf, möglichst wenige Zinsüberschüsse in den Pool einzahlen zu müssen. Dies ist nicht wünschenswert.

Durch die in § 12 a Abs. 3 VAG vorgeschriebene Umverteilung der Überzinsen besteht zwar derzeit eine gewisse Wettbewerbsverzerrung zwischen den Unternehmen; der im vorigen Abschnitt vorgeschlagene Abbau dieser Umverteilung innerhalb von 25 Jahren läßt dieses Problem aber als weniger gravierend erscheinen.

Unter Abwägung aller oben genannter Gesichtspunkte und unter Berücksichtigung der mit einer Poollösung verbundenen rechtlichen Probleme hat die Kommission darauf verzichtet, dem Gesetzgeber die Einrichtung eines Pools, in den ein Teil der Zinsüberschüsse eingezahlt werden müßte, zu empfehlen.

7.4 Flexibilisierung der Verwendung der Mittel nach § 12 a Abs. 3 VAG

In den nächsten Jahren werden erhebliche Prämienerhöhungen notwendig werden, u. a. wegen der Einführung neuer Sterbetafeln. Davon werden nicht erst die Versicherten fühlbar betroffen sein, die bereits das 65. Lebensjahr vollendet haben, sondern auch schon diejenigen, die das 55. Lebensjahr vollendet haben.

Zur Finanzierung der Prämienerhöhungen für die Versicherten zwischen dem vollendeten 55. und dem vollendeten 65. Lebensjahr stehen aber nach der gegenwärtigen Regelung des § 12 a VAG wenig Mittel in der Alterungsrückstellung zur Verfügung. Denn die Direktgutschrift nach § 12 a Abs. 2 VAG kann eine fühlbare Wirkung auf die Beitragsentwicklung erst entfalten, wenn die dort erfaßten überrechnungsmäßigen Zinsen über einen längeren Zeitraum hin gesammelt worden sind. Die Mittel gem. § 12 a Abs. 3 VAG werden schneller eine fühlbare Wirkung entfalten, stehen aber nach der derzeitigen Regelung nur für diejenigen Versicherten zur Verfügung, die bereits das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Die Prämienerhöhungen finden in den einzelnen Tarifen zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt, so daß die Notwendigkeit, solche Prämienerhöhungen durch Verwendung von Mitteln aus den zuzuführenden Überzinsen zu limitieren, nicht zu jedem Zeitpunkt in gleichem Maß besteht. Maßstab für die Verteilung der nach § 12 a Abs. 3 VAG zu verwendenden Mittel auf die einzelnen Tarife soll aber nach dem derzeitigen Entwurf der Überschußverordnung die jeweilige Alterungsrückstellung zum Bilanzstichtag des Geschäftsjahres der Versicherten sein, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Beide Überlegungen zusammen führen dazu, daß die Kommission es für sinnvoll erachtet, für einen Übergangszeitraum von zehn Jahren den Unternehmen eine größere Flexibilität bei der Verwendung der Mittel nach § 12 a Abs. 3 VAG zuzubilligen. Sie schlägt daher vor, daß die Unternehmen während dieses Übergangszeitraumes ein Viertel dieser Mittel abweichend von dem vorgesehenen Verteilungsmaßstab verwenden dürfen. Dieser flexibel verwendbare Betrag darf auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr vollendet, jedoch das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

7.5 Zeitpunkt der Verwendung des Zinsüberschusses

In der obigen Argumentation wurde implizit unterstellt, die Überzinsen würden den Alterungsrückstellungen der Versicherten jährlich zusammen mit den kalkulierten Zinsen zugeführt. Die dadurch über den kalkulierten Umfang anwachsenden Alterungsrückstellungen würden dann bei jeder fälligen Prämienanpassung im Laufe der Versicherungsdauer die notwendige Erhöhung begrenzen.

Alternativ kann man die einem Versicherten zufließenden Überzinsen bis zum Alter 65 in einem gesonderten Bilanzposten ansammeln. Dadurch müßten einerseits alle bis zum Alter 65 anfallenden Prämienerhöhungen in voller Höhe vom Versicherungsnehmer verkraftet werden (keine Besserstellung gegenüber der bisherigen Situation), andererseits stünden ab dem Alter 65 deutlich mehr Mittel zur Begrenzung des dann erforderlichen Prämienanstiegs zur Verfügung (Zinseszins- und Vererbungseffekt).

Modellrechnungen haben ergeben, daß diese zweite Möglichkeit – unter realistischen Annahmen über die neben der Inflation bestehenden Ursachen für Prämiensteigerungen im Alter – einen wesentlich größeren Beitrag zur Prämienverstetigung im Alter leistet als die jeweils sofortige (prämienwirksame) Zuführung der Überzinsen. Die Kommission schlägt daher diesen zweiten Weg vor (vgl. näher unten Kapitel 9).

8 Die künftige Entwicklung der Gesundheitskosten und neue Kalkulations- und Finanzierungsmodelle

Nachdem die Kommission für das erste Hauptproblem der Beitragssteigerung im Alter, nämlich die Entwertung der Alterungsrückstellungen durch die allgemeinen, inflationsbedingten Preissteigerungen (vgl. oben Abschnitt 7.1), einen Lösungsvorschlag entwickelt hat (unten Kapitel 10), hat sie sich der Frage zugewandt, ob auch gesetzliche Regelungen für das zweite Hauptproblem der Beitragssteigerung im Alter, nämlich die Auswirkungen der speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (vgl. oben Abschnitt 4.2), erforderlich sind.

8.1 Die künftige Entwicklung der Gesundheitskosten

Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen hat in der Vergangenheit beständig über der allgemeinen Einkommensentwicklung gelegen. Sie drückt sich in der Steigerung der Kopfschäden (*) (vgl. oben Abschnitt 3.4) aus. In der Zeit von 1970 bis 1993 betrug die durchschnittliche jährliche Steigerung der abhängigen Einkommen 5,8 %. Die durchschnittliche jährliche Steigerung der Kopfschäden bei einem 60jährigen männlichen Versicherten betrug demgegenüber im ambulanten Bereich 8,5 % und 6,7 % im stationären Bereich. Die Steigerung der Kopfschäden lag damit bei einem 60jährigen männlichen Versicherten um 2,7 % im ambulanten Bereich bzw. im stationären Bereich um 0,9 % über der allgemeinen Einkommensentwicklung [8]).

Die Kommission hat sich eingehend mit der Frage befaßt, wie sich diese Entwicklung in der Zukunft fortsetzen wird. Sie hat deshalb Sachverständige auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie, der Medizin und der Gesundheitssystemforschung angehört. Nach Einschätzung der Sachverständigen ist die Ent-

[8]) Berechnungen auf der Basis von Zahlen des BAV

wicklung der Ausgaben im Gesundheitswesen insbesondere durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

Kostenträchtige chronische Erkrankungen, die in erster Linie im Alter auftreten, werden aller Voraussicht nach auch in Zukunft weiter zunehmen; die Lebenserwartung wird sich voraussichtlich weiterhin verlängern.

Aufgrund der Entwicklungen in der medizinischen Wissenschaft sowie in der Medizintechnik können therapeutische Verfahren (etwa Operationen) zunehmend auch bei älteren Patienten eingesetzt werden; neue diagnostische Verfahren werden tendenziell eher zusätzlich zu bestehenden Verfahren durchgeführt als daß sie diese ersetzen. Allerdings kann bei geeigneten Rahmenbedingungen der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt auch kostensparend wirken, etwa wenn durch neue Verfahren Krankenhausaufenthalte verkürzt oder vermieden werden können.

Die Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen und die Anreizstrukturen für die Leistungserbringer, aber auch die Anspruchshaltungen der Patienten werden weiterhin eine Expansion medizinischer Leistungen begünstigen. Allerdings ist aller Voraussicht nach davon auszugehen, daß sich verstärkt Vergütungsregelungen für die Leistungserbringer und Organisationsformen der Erbringung von Gesundheitsleistungen entwickeln und durchsetzen werden, die eine geringere Expansionsdynamik bewirken werden.

Die in weiten Teilen des Gesundheitswesens unterdurchschnittliche Produktivität und Rationalisierungsfähigkeit im Vergleich zur übrigen Volkswirtschaft bedingt einen negativen Preisstruktureffekt und damit eine überdurchschnittliche Preisentwicklung für Gesundheitsleistungen [9]). Allerdings kann durch geeignete Anreizsysteme die Produktivität beeinflußt werden; so wird etwa der weitere Ausbau der Vergütung der Krankenhäuser durch Sonderentgelte und Fallpauschalen erhebliche Anreize zur Senkung der Verweildauern im Krankenhaus schaffen.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist die Kommission zu folgender Einschätzung gekommen:

Wenn die spezifischen Gesundheitskosten in Zukunft in gleichem Maße weiter anstiegen wie in der Vergangenheit, wäre der Zeitpunkt absehbar, an dem die Gesundheitskosten für zunehmend größere Teile der Bevölkerung nicht mehr in dem bisherigen Umfang finanzierbar wären.

Die Gesellschaft in der Bundesrepublik wird daher nicht umhin können, in stärkerem Maße Kostendämpfungs und Strukturmaßnahmen im Gesundheitswesen zu ergreifen als in der Vergangenheit. Dabei werden die Maßnahmen, die gegenwärtig schon in der GKV durchgeführt werden und in der Zukunft noch weiter beschlossen werden, sich mindestens z. T. auch zugunsten der PKV auswirken. Zusätzlich wird sich die PKV aber auch mit mehr Nachdruck als in der Vergangenheit eigenständig um Kostendämpfungs und Strukturmaßnahmen im Gesundheitswesen bemühen müssen. Hierbei wird sie nicht ohne Hilfestellung durch den Gesetzgeber auskommen. Die Kommission hat hierzu einige Vorschläge gemacht (vgl. Kapitel 18).

Alles in allem wird diese Entwicklung nach Einschätzung der Kommission dazu führen, daß zwar auch künftig die Kopfschäden noch stärker steigen werden als die allgemeine Entwicklung der abhängigen Einkommen und die allgemeine Inflationsrate, aber nicht mehr in dem Maße wie in der Vergangenheit. Die Kommission geht bei den folgenden Modellrechnungen über die Wirkung unterschiedlicher Kalkulationsverfahren von der Annahme aus, daß künftig langfristig die Kopfschäden noch jährlich um ca. 1 % stärker steigen werden als die allgemeine Einkommensentwicklung und ca. 2 % stärker als die allgemeine Inflationsrate. Damit ist auch unter Berücksichtigung einer Zuführung von 90 % der Überzinsen zu den Alterungsrückstellungen im Rahmen des Kalkulationsmodelles der PKV mit im Alter überproportional steigenden Beiträgen zu rechnen, die nach Auffassung der Kommission zusätzlichen Handlungsbedarf hervorrufen.

8.2 Regelungsbedürfnis nur für die substitutive Krankenversicherung

Die steigenden Gesundheitskosten führen nicht für alle Versichertengruppen bei allen Versicherungsarten der PKV (vgl. dazu oben Abschnitte 3.1 und 3.2) in gleichem Maße zu Beitragssteigerungen im Alter. Die Kommission hat daher vor der Erörterung einzelner Modelle zunächst geprüft, für welche Versichertengruppen in welchen Versicherungsarten überhaupt Maßnahmen erforderlich sind, um die Wirkungen der steigenden Gesundheitskosten auf den Beitragsverlauf im Alter zu begrenzen.

Das VAG unterscheidet zunächst zwischen der substitutiven und der nicht substitutiven Krankenversicherung. Während die substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben werden muß, haben die Versicherer bei der nicht substitutiven Krankenversicherung die Wahl, ob sie nach Art der Lebensversicherung oder auf Risikobasis kalkulieren wollen.

Es stellt sich daher zunächst die Frage, ob eine zusätzliche Regelung zur Beitragsverstetigung im Alter nur für die substitutive oder auch für die nicht substitutive Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist, gelten soll. Manches spricht dafür, eine solche zusätzliche Regelung außer für die Vollversicherungen auch für die Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Pflichtpflegeversicherung, die üblicherweise nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, einzuführen.

[9]) So stieg der Preisindex für ambulante ärztliche Leistungen im Zeitraum 1970 bis 1993 um 166,5 %, der Preisindex für Krankenhausleistungen sogar um 369,2 %, der Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte hingegen nur um 138,7 % (Zusammengestellt und errechnet aus: Statistisches Bundesamt, Preise und Preisindizes für die Lebenshaltung 1978 bis 1993, Stuttgart und Mainz 1974 bis 1994)

Versicherte, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversichert sind, schließen häufig GKV-Zusatzversicherungen ab. Ende 1994 besaßen ca. 5,9 Mio. Bürger eine derartige Zusatzversicherung. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der stationären Zusatzversicherung zu, die die Kosten der Wahlleistungen der besonderen Unterkunft und der privatärztlichen Behandlung im Krankenhaus erstattet.

Die Versicherungsnehmer schließen in jüngeren Jahren eine derartige Versicherung ab, um auch in höheren Altern, wenn die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausbehandlung besonders hoch ist, die Chefarztbehandlung sowie den besonderen Komfort des Ein- oder Zweibettzimmers in Anspruch nehmen zu können. Der Vertragszweck wird aber verfehlt, wenn die Versicherten die Beiträge gerade dann, wenn sie die Versicherung am notwendigsten brauchen, finanziell nicht mehr tragen können und kündigen müssen. Dies spricht dafür, eine zusätzliche Regelung zur Beitragsverstetigung im Alter auch für GKV-Zusatzversicherungen zu treffen. Die Verhältnisse bei der freiwilligen Pflegekostenversicherung sind ähnlich.

Andererseits muß berücksichtigt werden, daß nach Artikel 54 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung nur die Versicherten in der substitutiven Krankenversicherung als besonders schützenswert angesehen wurden, so daß die Versicherungsunternehmen sogar GKV-Zusatzversicherungen auf Risikobasis anbieten dürfen. Bei einer Kalkulation auf Risikobasis steigen die Beiträge im Alter wesentlich stärker an als durch die Prämienanpassungen, wie sie bei der Kalkulation nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (*), wie es zur Zeit in Deutschland üblich ist, erforderlich sind. Ferner ist zu berücksichtigen, daß dem Versicherten bei Kündigung der GKV-Zusatzversicherung der Basisschutz der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt.

Für die GKV-Zusatzversicherten kommen daher zusätzliche gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen zur Beitragsermäßigung im Alter nicht in Betracht. Die Kommission ist daher zu der Überzeugung gelangt, daß nur für die substitutive Krankheitskostenversicherung ein gesetzlicher Regelungsbedarf zur Beitragsermäßigung im Alter entsteht [10]).

Man könnte erwägen, in der substitutiven Krankenversicherung zusätzliche Maßnahmen auf denjenigen Teil des Versicherungsschutzes zu beschränken, der dem Schutz in der GKV entspricht. Eine solche Begrenzung von zusätzlichen Maßnahmen auf einzelne Bestandteile des Versicherungsschutzes erscheint aber nicht praktikabel.

Für Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und Pflegetagegeldversicherungen ist eine solche zusätzliche Regelung nach Auffassung der Kommission hingegen nicht notwendig, da in diesen Summenversicherungstarifen Beitragserhöhungen selten sind.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage diskutiert, ob für die Beihilfeberechtigten ebenfalls eine zusätzliche Regelung erforderlich sei. Dagegen spricht die Tatsache, daß zum Zeitpunkt der Pensionierung der Beamten der Beihilfesatz auf 70% ansteigt. Der private Versicherungsschutz – und damit die Beitragshöhe – vermindern sich entsprechend. Aus Eingaben von Versicherten auch an die Kommission ist jedoch bekannt, daß dennoch die Beitragsbelastung der beihilfeberechtigten Pensionäre – jedenfalls in den unteren Gehaltsklassen – nicht unerheblich ist. Die Kommission hält deshalb auch für die Tarife der Beihilfeberechtigten eine zusätzliche Regelung zur Beitragsverstetigung im Alter für notwendig, soweit nicht die Krankenversicherung bedingungsgemäß mit Vollendung des 65. Lebensjahres endet.

8.3 Neue Kalkulations- und Finanzierungsmodelle

Auf der Basis der Einschätzung der Entwicklung der Gesundheitskosten (oben Abschnitt 8.1) und der Beschränkung der Regelung auf die substitutive Krankenversicherung (oben Abschnitt 8.2) hat die Kommission geprüft, welche Maßnahmen dem Gesetzgeber empfohlen werden können, um die Auswirkungen der speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen auf den Beitragsverlauf im Alter zu begrenzen. Dabei war die Kommission sich über einen grundlegenden Konflikt im klaren: Alle Modelle, die zu einer gleichmäßigeren Beitragsbelastung im Laufe eines Lebens führen, wie sie auch vom Deutschen Bundestag (oben Abschnitt 2.1) als notwendig angesehen wurde, führen zwangsläufig dazu, daß in jüngeren Jahren ein höherer Beitrag zu zahlen ist als dies beim gegenwärtigen Anwartschaftsdeckungsverfahren (*) der Fall ist.

Im Grundsatz gibt es nur drei Möglichkeiten, um die spezifischen Kostensteigerungen des Gesundheitswesens für ältere Versicherte zu finanzieren:

(1) Entweder finanzieren die Versicherten diese steigenden Kosten im Alter mit überproportional steigenden Beiträgen selbst;

(2) oder die jeweils jüngere Generation unterstützt durch höhere Beiträge im Umlageverfahren die jeweils ältere Generation mit,

(3) oder jede Versichertengruppe betreibt je für sich durch höhere Beiträge in der Jugend Vorsorge zur Verstetigung ihrer eigenen Beiträge im Alter.

Wenn man – wie auch der Deutsche Bundestag (vgl. oben Abschnitt 2.1) – die erste Möglichkeit auf Dauer für unakzeptabel hält, bleiben nur die anderen beiden Möglichkeiten, die beide zu höheren Beiträgen in jüngeren Jahren des Lebens führen. Dabei erscheint der Kommission im Rahmen eines privatwirtschaftlich organisierten Systems der Krankenversicherung ein Umlageverfahren von jung nach alt weniger geeignet als die dritte Möglichkeit, die eine konsequente Weiterentwicklung des schon geltenden Äquivalenzprinzips darstellt (dazu näher Abschnitt 8.3.3). Aus wirtschaftspolitischen Gründen mögen solche höheren Beiträge in jüngeren Jahren als unerwünscht angesehen werden, führen sie doch

[10]) Zur Pflegeversicherung s. o. Abschnitt 3.3

dazu, daß den Versicherten für andere Zwecke weniger Einkommen zur Verfügung steht.

Bei versicherten Arbeitnehmern folgt zudem, daß über den Arbeitgeberzuschuß zum Krankenversicherungsbeitrag tendenziell die Lohnzusatzkosten steigen. Allerdings gilt dies nicht durchgängig, da die Belastung der Arbeitgeber durch den durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag begrenzt ist; auch haben es die Versicherungsnehmer ohnehin in der Hand, durch Wahl eines umfangreicheren Versicherungsschutzes die Zahlung eines höheren Arbeitgeberzuschusses bis zum durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrag auszulösen.

Aber all dies führt nicht an der Einsicht vorbei, daß die überproportionale Steigerung der Beiträge im Alter nur durch höhere Beitrage in der Jugend aufgefangen oder jedenfalls gemindert werden kann.

Hiervon ausgehend hat die Kommission verschiedene Kalkulations- und Finanzierungsmodelle untersucht.

8.3.1 Kombination von Risiko- und Rentenversicherung

Bei diesem Modell schließt der Versicherungsnehmer beim Krankenversicherer eine Risikoversicherung mit steigenden Beiträgen ab. Diese Beiträge erreichen jedoch im Alter eine Höhe, die finanziell nicht mehr tragbar ist. Aus diesem Grunde werden die Versicherungsnehmer verpflichtet, gleichzeitig bei einem Lebensversicherer eine Rentenversicherung abzuschließen, die einen Teil der Beitragszahlungen im Alter finanziert.

Dieses Kombinationsmodell hat den Vorteil, daß der Versicherungsnehmer über die Höhe der abzuschließenden Rente frei entscheiden und je nach den finanziellen Möglichkeiten durch Einmalbeiträge diese Rente aufstocken kann. Ein weiterer Vorteil dieses Modells besteht darin, daß die Versicherungsnehmer realistischere Möglichkeiten als im gegenwärtigen Kalkulationsmodell haben, das Krankenversicherungsunternehmen zu wechseln, da sie bei einem Wechsel keine Alterungsrückstellungen verlieren (vgl. unten Kapitel 14). Dem stünde aber als Nachteil gegenüber, daß das Krankenversicherungsunternehmen, zu dem der Versicherungsnehmer wechseln möchte, eine Risikoprüfung durchführen und bei Vorerkrankungen einen Risikozuschlag erheben oder den Vertragsabschluß sogar ganz ablehnen würde, während es gesunde Versicherte übernehmen wird mit der Folge, daß es zu unerwünschten Risikoselektionen zu Lasten des bisherigen Krankenversicherungsunternehmens kommt. Vor allem ist jedoch nicht ersichtlich, wie der Abschluß der dazugehörigen Rentenversicherung rechtlich erzwungen und eine Kündigung ausgeschlossen werden kann. Ferner müßten die Lebensversicherungsunternehmen verpflichtet werden, entsprechende Rentenversicherungen mit steigenden Renten abzuschließen. Als besonders nachteilig ist jedoch anzusehen, daß bei jeder Erhöhung des Krankenversicherungsbeitrages auch die Rentenversicherung mit angepaßt werden müßte, wobei sich die Mehrbeiträge bei beiden Versicherungen unter Zugrundelegung des erreichten Alters ergeben. Für Rentner bedeutet dieses Modell, daß der Barwert einer sofort beginnenden Rente eingezahlt werden müßte.

Damit steigen die Beiträge insgesamt im Alter mindestens so stark an wie im bisherigen Modell, so daß dieses Kalkulationsmodell nicht als Verbesserung gegenüber dem bisherigen Verfahren angesehen werden kann.

8.3.2 Kombination von Anwartschaftsdeckungsverfahren und Todesfallversicherung

Es hat sich erwiesen, daß die Krankheit, die schließlich zum Ableben des Versicherten führt, in der Regel mit besonders hohen Kosten verbunden ist. Man könnte daher diese Kosten aus der Kalkulation der Krankenversicherungsbeiträge herausnehmen und dafür eine zusätzliche Todesfallversicherung bilden. Bei steigenden Krankheitskosten müßte jedoch auch die Todesfallversicherung mit erhöht werden, so daß sich gegenüber dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (*) kein günstigerer Beitragsverlauf ergäbe.

8.3.3 Der Schadenpool

Die Beitragsentwicklung der älteren Versicherten kann als Problem der gesamten PKV angesehen werden. Deshalb hat die Kommission die Frage diskutiert, ob ein unternehmensübergreifender Pool gebildet werden sollte. Dabei müßten alle Schäden der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, aus diesem Pool finanziert werden. Sie würden durch die Beiträge dieser Versicherten sowie durch einen Beitragszuschlag für die jüngeren Versicherten gedeckt. Für die älteren Versicherten würden Höchstbeiträge festgelegt.

Da sich auch neugegründete Unternehmen, bei denen fast nur jüngere Personen versichert sind, an diesem Pool beteiligen müßten, würde die Belastung auf einen größeren Personenkreis verteilt und deshalb für die Älteren geringer.

Die Ausgestaltung eines derartigen Pools führt jedoch auch zu einer Reihe von Problemen:

Das Leistungsversprechen der Tarife ist in der PKV sehr unterschiedlich. Es existieren beispielsweise Tarife mit ganz verschiedenen absoluten und prozentualen Selbstbehalten sowie solche mit und ohne GOÄ-Höchstgrenzen. Die Leistungen für Zahnersatz, Heilpraktikerbehandlung, Heil- und Hilfsmittel etc. unterscheiden sich ebenfalls. Unternehmen, die vorwiegend Tarife mit eingeschränkten Leistungen führen, müßten einen Teil der Schäden der Unternehmen mit decken, die große Bestände in Hochleistungstarifen besitzen.

Ferner würden Unternehmen begünstigt, die in früheren Jahren eine großzügigere Risikoprüfung durchgeführt haben. Schließlich erfordert ein derartiger Schadenpool auch eine einheitliche Schadenregulierung für alle Unternehmen.

Hinzu kommen ordnungspolitische Bedenken. Der Schadenpool führt dauerhaft zu Umlagen von jünge-

ren zu älteren Versicherten. In einem privatwirtschaftlich organisierten System der Krankenversicherung mit Auswahl und Abschlußfreiheit der Versicherungsnehmer können Umlageelemente zu Verzerrungen und Ungleichheiten führen. Sie können wie in § 12 a Abs. 3 VAG als vorübergehende Maßnahme zur Behebung akuter Problemsituationen erforderlich sein und hingenommen werden. Sie können auch – wie im Standardtarif – als Auffanglösung für besondere Situationen in Betracht kommen, wenn ihre Anwendung auf kleine Gruppen beschränkt bleibt. Als Teil einer generellen Dauerlösung für die gesamte PKV sollten Umlageelemente aber möglichst vermieden werden. Dauerregelungen in einem privatwirtschaftlich aufgebauten Krankenversicherungssystem sollten möglichst wagnisgerecht für homogene Versichertengruppen nach dem Anwartschaftsdeckungsverfahren (*) finanziert werden.

Hinzu kommen rechtliche Bedenken. Ein Pool, dem alle privaten Krankenversicherer beitreten müßten, wäre an Artikel 14 Grundgesetz zu messen.

8.3.4 Eine Beitragsbegrenzung mit einem Beitragspool

Die Kommission hat ein weiteres Kalkulationsmodell diskutiert. Es sieht vor, daß die Beiträge der schon länger Versicherten nicht stärker steigen als diejenigen zum ursprünglichen Eintrittsalter. d. h. daß ein beispielsweise mit 32 Jahren in eine Krankenversicherung eingetretener Versicherungsnehmer stets (auch im Alter von 60 oder 80 Jahren) nur denjenigen Beitrag zahlt, den ein zum betreffenden Zeitpunkt neu in die Versicherung eintretender 32jähriger Versicherungsnehmer zahlt. Beitragssteigerungen, wie sie sich für den Neuzugang ergeben, erscheinen auch für ältere Versicherte zumutbar.

Werden die Beitragssteigerungen auf diese Weise begrenzt, dann reichen die Beitragszahlungen der Versicherungsnehmer (unter Berücksichtigung der Alterungsrückstellungen) allerdings im Alter nicht mehr aus, um die Versicherungsleistungen zu erbringen. Nach diesem Modell sollen deshalb die fehlenden Beiträge durch einen Beitragszuschlag für alle Versicherten aufgebracht werden. Das Modell sieht also eine Umverteilung von jüngeren zu älteren Versicherten vor.

Für die derzeit bereits Versicherten sieht dieses Modell vor, daß solange keine Beitragserhöhung erfolgt, bis diese „Altversicherten" nicht mehr als den Neuzugangsbeitrag zum ursprünglichen Eintrittsalter zahlen.

Die gesamten Leistungsverteuerungen gegenüber den in der Kalkulation berücksichtigten Leistungen werden in diesem Modell über eine Umlage aufgebracht. Dadurch ergibt sich für die jüngeren Versicherten eine beträchtliche zusätzliche Belastung.

Da eine derartige Umlage für Unternehmen, die nur wenige ältere Versicherte im Bestand haben, deutlich geringer wäre als für andere Unternehmen, ergäben sich Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Unternehmen. Dadurch wäre im Extremfall der Konkurs einzelner Unternehmen nicht auszuschließen. Dieses Modell der Beitragsbegrenzung erfordert deshalb zusätzlich einen unternehmensübergreifenden Pool, aus dem die fehlenden Beiträge finanziert werden.

Dieses Modell führt zu dem erwünschten Ergebnis, daß die Beitragsbelastung der älteren Versicherten deutlich geringer wird. Das Modell führt jedoch im Bereich der Kalkulation zu schwerwiegenden Problemen.

So ist die Beitragsentwicklung aller Versicherten davon abhängig, wie sich das Verhältnis der Anzahl der jüngeren Versicherten zu der der älteren entwickelt.

Soweit ein prozentualer Zuschlag erhoben würde, wären die Versicherten benachteiligt, die einen Tarif mit einer Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen haben. Sie müßten einen höheren absoluten Betrag in den Pool einzahlen und würden im Alter in geringerem Maße profitieren.

Würde ein betragsmäßig einheitlicher Zuschlag erhoben werden, so wären die Versicherten benachteiligt, die einen geringeren Versicherungsschutz abgeschlossen haben. Sie müßten einen relativ hohen Zuschlag zahlen, um die Beitragsermäßigung der Versicherten zu finanzieren, die einen umfassenden Versicherungsschutz besitzen.

Ferner würden die heute älteren Versicherten von dieser Beitragslimitierung profitieren, während sie selber in jungen Jahren keinen Zuschlag zur Beitragsbegrenzung der damals älteren Versicherten gezahlt haben.

Darüber hinaus trägt das Modell dem Umstand, daß die Unternehmen in der Vergangenheit eine unterschiedliche Geschäftspolitik verfolgt haben, nicht ausreichend Rechnung. Einige Versicherer haben hohe Beträge zur Begrenzung der Beitragserhöhungen verwendet, andere hohe Beitragsrückerstattungen gewährt. Aus diesen Gründen würde der Anteil der älteren Versicherten, bei denen eine Beitragskappung erforderlich wäre, in den einzelnen Unternehmen differieren.

Es erscheint nicht vertretbar, wenn Unternehmen, die in der Vergangenheit hohe Beträge für ihre älteren Versicherten aufgewandt haben, durch eine Umlage für die Versicherten anderer Unternehmen belastet würden.

Werden andere Höchstgrenzen für den Beitrag der älteren Versicherten festgelegt, treten ähnliche Probleme auf.

Es ergeben sich daher auch die gleichen ordnungspolitischen und rechtlichen Bedenken wie zu Abschnitt 8.3.3. Aus den genannten Gründen kann die Kommission dem Gesetzgeber ein System der Beitragsbegrenzung in Verbindung mit einem Beitragspool nicht empfehlen.

8.3.5 Senkung des rechnungsmäßigen Zinses

Die Kommission hat geprüft, welche Auswirkungen eine Senkung des Zinssatzes für die auf die Alterungsrückstellung entfallenden rechnungsmäßigen Zinsen für die Beitragsentwicklung im Alter hat. Durch die niedriger angesetzte Verzinsung müßten

dann in der Kalkulation höhere Sparbeiträge in die Nettoprämie eingerechnet werden, damit die erforderlichen Alterungsrückstellungen aufgebaut werden (höhere Beiträge für junge Versicherte). Es würden dann höhere überrechnungsmäßige Zinsen auf die Alterungsrückstellung entfallen. Wenn der Vorschlag der Kommission umgesetzt wird, 90% dieser überrechnungsmäßigen Zinsen den Versicherten für die Alterungsrückstellung direkt gutzuschreiben (vgl. oben Abschnitt 7.1), würden mehr Mittel zur Beitragsverstetigung im Alter zur Verfügung stehen. Wie Berechnungen gezeigt haben, würde eine Senkung des rechnungsmäßigen Zinssatzes auf 2,5% die Beitragsentwicklung im Alter spürbar entlasten.

Die Senkung des rechnungsmäßigen Zinses läßt sich – beschränkt auf den Neuzugang – auch in bestehende Tarife einführen, so daß eine für den Altbestand nachteilige Schließung der Tarife nicht erforderlich wäre. Wegen fehlender Mittel zur Auffüllung der Alterungsrückstellung ist dieses Modell auf bestehende Verträge jedoch nicht übertragbar.

Gegen dieses Modell sprechen folgende Erwägungen:

Unter Berücksichtigung der langfristigen Entwicklung des Kapitalmarktzinses und der vorgeschlagenen höheren Direktgutschrift erscheint der bisherige rechnungsmäßige Zinssatz von 3,5% angemessen. In diesem Zusammenhang könnte sich auch die Frage der steuerlichen Anerkennung dieser höheren Alterungsrückstellung stellen. Die Probleme der Beitragsentwicklung entstehen durch die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen und nicht durch einen überhöhten rechnungsmäßigen Zinssatz.

Es gibt einfachere und sachgerechtere Wege, durch Beitragserhöhungen zusätzliche Mittel zur Anreicherung der Alterungsrückstellung zu erhalten.

Es erscheint der Kommission wenig sinnvoll, zur Begrenzung der Beitragssteigerungen im Alter die Zinsüberschüsse „künstlich" zu erhöhen. Die Senkung des rechnungsmäßigen Zinssatzes ist zwar ein mögliches Modell, um zusätzliche Mittel für Beitragssenkungen zu erhalten, jedoch ist die Verbindung zu den rechnungsmäßigen Kopfschäden (*) über die Alterungsrückstellung nur indirekt. Außerdem ist zu berücksichtigen, daß bei diesem Verfahren die Zuführung von Zinsen zur Alterungsrückstellung um 0,1 Prozentpunkt sinken würde.

Insgesamt kann dieses Kalkulationsmodell daher dem Gesetzgeber nicht empfohlen werden.

8.3.6 Berücksichtigung der Steigerung der Gesundheitskosten in der Kalkulation

Wie bereits dargestellt (vgl. oben Abschnitt 8.1), geht die Kommission davon aus, daß die Gesundheitskosten auch künftig stärker steigen werden als die Einkommen. Höhere Gesundheitskosten führen zu höheren Versicherungsleistungen in der PKV.

Es bietet sich daher an, diesen Anstieg der Versicherungsleistungen in der Kalkulation zu berücksichtigen, wie dies im Gesetzgebungsverfahren zum Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG bereits einmal erwogen war (vgl. 5.4.1). Versicherungsmathematisch bedeutet dies, daß man bei der Festlegung der Kopfschäden (*) die – gegenüber den heutigen Leistungen – zu erwartenden höheren Aufwendungen künftiger Jahre bereits rechnungsmäßig ansetzt.

Steigerungen der Kopfschäden sind zum einen auf allgemeine Preissteigerungen zurückzuführen und zum anderen auf spezielle, über die Inflationsrate hinausgehende Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

Der Anteil des Anstiegs der Kopfschäden, der auf die allgemeinen Preissteigerungen zurückgeht, wird durch die in diesem Gutachten vorgeschlagene Zuführung der Überzinsen zu den Alterungsrückstellungen ausreichend berücksichtigt, da diese Zuführung die inflationäre Entwertung der Alterungsrückstellungen neutralisiert (vgl. oben Abschnitt 7.1).

Der über die Inflationsrate hinausgehende Anstieg der Kopfschäden würde hingegen trotz vorgesehener Zuführung der Überzinsen zu nicht hinnehmbaren Prämiensteigerungen im Alter führen. Es ist daher dieser über die Inflationsrate hinausgehende Anteil der Kopfschadensteigerungen, die speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, in der Kalkulation zu berücksichtigen.

Wenn man diese speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen mit 1% pro Jahr der jeweiligen Kosten in der Kalkulation mit ansetzt, so ergeben sich höhere Neuzugangsprämien, da in der Kalkulation für die im Alter als höher angesetzten Kosten höhere Deckungsrückstellungen aufgebaut werden müssen. Für das Eintrittsalter 30 Jahre ergeben sich dadurch ca. 22% höhere Neuzugangsprämien.

Treten im Laufe eines Versicherungsvertrags, dessen Prämien so kalkuliert wurden, Steigerungen der Kopfschäden ein, fallen die sich in der Nachkalkulation ergebenden Beitragssteigerungen entsprechend der bei der Kalkulation schon getroffenen Vorsorge geringer aus.

Modellrechnungen haben gezeigt, daß ein derartiges Kalkulationsmodell zu einer erheblich gleichmäßigeren Beitragsbelastung der Versicherten führt. Insbesondere die Beitragssteigerungen für ältere Versicherte werden bei diesem Kalkulationsmodell im Vergleich zum bisher verwendeten deutlich geringer.

Im Rahmen der in Anhang II zugrundegelegten Daten ergeben sich durch Berücksichtigung von Steigerungen der Gesundheitskosten in Höhe von 1% pro Jahr in der Kalkulation die in der folgenden Tabelle wiedergegebenen Auswirkungen gegenüber einer Kalkulation ohne Berücksichtigung dieser Steigerungen.

Dabei wurde 90% Überzinszuschreibung und Verwendung der gesamten angesammelten Direktgutschschrift zur Prämienermäßigung im Alter von 65 unterstellt.

Tabelle Kapitel 8 *)	**Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes** für Männer und Frauen jeweils **links** ohne und **rechts** mit rechnungsmäßigen Kopfschadensteigerungen um 1 % jährlich			
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	10,7	11,6	14,1
35	9,3	11,0	12,2	14,3
40	10,3	11,7	13,2	14,9
45	11,7	12,8	14,4	15,8
50	13,4	14,3	15,9	17,0
55	15,7	16,3	17,8	18,5
60	18,5	18,6	20,0	20,4
64	21,1	20,8	22,1	22,1
65	19,7	15,0	24,4	20,2
70	23,6	17,5	27,6	22,2
75	27,9	20,3	31,1	24,3
80	32,6	23,1	34,9	26,5
85	37,4	25,9	38,9	28,7
90	42,1	28,7	42,9	30,9

*) für den jeweils linken Teil vgl. auch Tabelle 5 (linker Teil) in Anhang II, für den jeweils rechten Teil vgl. auch Tabelle 9 (linker Teil) in Anhang II, zu den Modellannahmen vgl. im übrigen Anhang II.

Aus dieser Tabelle ist abzulesen, daß die oben in Kapitel 7 vorgeschlagene Zuführung von 90% der Überzinsen (jeweils linke Spalte) aufgrund des über die generelle Inflation hinausgehenden Anstiegs der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen nicht ausreicht, die Beitragsbelastung der älteren Versicherten nach dem bisherigen Kalkulationsverfahren in vertretbarem Rahmen zu halten. Ein mathematisches Modell, das die speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen durch Einkalkulation einer rechnungsmäßigen Kopfschadensteigerung von 1% berücksichtigt (rechte Spalte), vermag dagegen die Beitragsbelastung der älteren Versicherten deutlich zu mindern [11]).

Die Einführung eines solchen Kalkulationsverfahrens brächte für neue Tarife keine grundsätzlichen Schwierigkeiten. Die Unternehmen wären zwar gezwungen, jährlich geänderte Beitragstabellen für den Neuzugang zu erstellen. Eine solche jahrgangsweise Prämienberechnung wird aber seit Jahren in den Rentenversicherungstarifen der Lebensversicherungsunternehmen durchgeführt und könnte daher auch von den Krankenversicherern bewältigt werden.

Soweit dieses Kalkulationsmodell auch für bestehende Verträge eingeführt werden sollte, müßte berücksichtigt werden, daß dies für die Versicherten zu nicht unerheblichen zusätzlichen Beitragssteigerungen führen würde.

Beschränkt man dagegen die gesetzliche Regelung darauf, daß dieses Kalkulationsmodell nur für neu abzuschließende Verträge – auch in bestehenden Tarifen – gelten soll, so ergeben sich gewisse technische Probleme.

Die rechnungsmäßigen Kopfschäden (*) eines Tarifes wären bei den nach dem bisherigen Kalkulationsmodell Versicherten und denjenigen, die nach dem neuen Modell versichert sind, unterschiedlich, so daß getrennte Beitragsanpassungstermine für beide Bestandsgruppen die zwangsläufige Folge wären. Damit wäre die Einheitlichkeit der Tarife nicht mehr gewahrt. Die alten Tarife würden geschlossen und eine Überalterung des Bestandes wäre die Folge. Dadurch könnten zusätzlich Beitragserhöhungen notwendig werden. Diese Konsequenzen sollten vermieden werden.

Die Kommission hält es deshalb für notwendig, ein mathematisches Modell zu wählen, bei dem der Neuzugang für bestehende Tarife nicht abgeschnitten wird.

Aus versicherungsmathematischer Sicht ist das Modell, das die Steigerung der speziellen Gesundheitskosten in der Kalkulation berücksichtigt, als besonders geeignet anzusehen, die Probleme der Beitragsentwicklung im Alter zu lösen. Wegen der Probleme bei der Umsetzung auf bestehende Tarife hat die Kommission jedoch davon Abstand genommen, dem Gesetzgeber dieses mathematische Kalkulationsmodell zu empfehlen.

[11]) Es wurde auch ein modifiziertes Modell geprüft, bei dem neben der Berücksichtigung der Steigerung der speziellen Gesundheitskosten in Höhe von 1 % der rechnungsmäßigen Kopfschäden (*) pro Jahr zusätzlich mit dem gleichen Prozentsatz steigende Beiträge vereinbart werden. Beispielrechnungen haben gezeigt, daß in diesem Modell eine befriedigende Beitragsentwicklung für ältere Versicherte nicht erreicht werden kann. Die Kommission ist deshalb zu dem Ergebnis gekommen, daß dieses modifizierte Modell nicht zu empfehlen ist.

8.3.7 Prozentualer Beitragszuschlag als Ergänzung zum Anwartschaftsdeckungsverfahren

Schließlich hat sich die Kommission mit einem Kalkulationsmodell befaßt, das vorsieht, daß von den Versicherungsnehmern mit Beginn des Versicherungsverhältnisses ein prozentualer Zuschlag auf die Beiträge erhoben wird, der für eine Beitragsermäßigung im Alter verwendet wird.

Der Beitragszuschlag wird in diesem Modell ab Beginn des Versicherungsverhältnisses bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres des Versicherten erhoben. Davon werden Versicherungsverträge für Kinder und Jugendliche bis zum 21. Lebensjahr sowie für Personen in Ausbildungstarifen ausgenommen, für die Vertragslaufzeiten gem. § 178 a Abs. 4 S. 2 VVG vereinbart sind. Da diese Versicherten häufig später aus dem Versicherungsverhältnis ausscheiden, sieht der Entwurf der Kalkulationsverordnung vor, daß für sie steigende Beiträge erhoben werden dürfen mit dem Ergebnis, daß daher keine positive Alterungsrückstellung gebildet wird. Dementsprechend sollte für sie auch der vorgesehene prozentuale Beitragszuschlag für die Alterungsrückstellung unterbleiben. Wie oben in Abschnitt 8.2 schon dargelegt, wird der Beitragszuschlag für Beihilfeberechtigte nur insoweit erhoben, als der Versicherungsschutz nicht bedingungsgemäß mit Vollendung des 65. Lebensjahres endet.

Der Beitragszuschlag wird der Alterungsrückstellung des § 341 f Abs. 3 HGB zugeschrieben und wie die bisherige Alterungsrückstellung behandelt. Demgemäß wird er bis zu seiner Verwendung mit einem rechnungsmäßigen Zinssatz von 3,5% verzinst. Auch werden ihm entsprechend dem Kommissionsvorschlag für die bisherige Altersrückstellung (s. oben in Kapitel 7) 90% der auf den Zuschlag entfallenden, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge („Überzinsen") hinzugerechnet.

Wie Modellrechnungen zeigen, reicht ein Beitragszuschlag von 10% der Bruttobeiträge in Verbindung mit den weiteren in Kapitel 9 gemachten Vorschlägen aus, um die Steigerung der Gesundheitskosten im Alter soweit aufzufangen, daß die langfristige Beitragsentwicklung für die Versicherungsnehmer im Alter erträglich bleibt, ohne sie in jüngeren Jahren unzumutbar zu belasten.

Dieses Modell hat zudem den Vorteil, daß es grundsätzlich auch in bestehende Versicherungsverträge eingeführt werden kann, wie im folgenden in den Abschnitten 8.3.7.1 und 8.3.7.2 dargestellt wird.

Unter Abwägung aller Umstände hat die Kommission sich daher dazu entschlossen, dem Gesetzgeber dieses Modell vorzuschlagen.

8.3.7.1 Beitragszuschlag für Neuverträge

Die Kommission hat sich zunächst mit der Frage befaßt, wieweit der Beitragszuschlag für die Neuverträge durch den Gesetzgeber obligatorisch gemacht werden soll. Zur Erörterung standen folgende beiden Modelle:

(1) Ergänzung der bisherigen Beitragskalkulation durch den obligatorischen Beitragszuschlag für alle Neuverträge;

(2) Verpflichtung der Unternehmen, jeden Tarif auch mit Beitragszuschlag anzubieten, und Wahlfreiheit der Versicherungsnehmer.

Bei dem zweiten Modell wären die Unternehmen berechtigt, aber nicht verpflichtet, neben den Tarifen mit Beitragszuschlag auch inhaltlich gleiche Tarife ohne Beitragszuschlag anzubieten wie bisher. Sie wären aber verpflichtet, dem potentiellen Versicherungsnehmer zunächst einen Tarifabschluß mit Beitragszuschlag anzubieten und ihn dabei über den Zweck des Beitragszuschlages (gesetzlich angeordnete Vorsorge zur Dämpfung der Beitragssteigerung im Alter) und den Zweck seiner Wahlfreiheit (Berechtigung, in anderer Weise solche Vorsorge zu treffen) zu informieren.

Erst wenn der potentielle Versicherungsnehmer nach Belehrung einen Tarifabschluß mit Beitragszuschlag abgelehnt hat, dürfte das Unternehmen mit ihm einen Tarif ohne Beitragszuschlag vereinbaren, sofern es einen solchen führt, was ihm freistehen würde. Die Belehrung über den Zweck des Beitragszuschlages und den Zweck der Wahlfreiheit des Versicherungsnehmers hätte in verständlicher, schriftlicher Form zu erfolgen. Die Ablehnung hätte der potentielle Versicherungsnehmer ebenfalls schriftlich zu erklären. Sie wäre vom Unternehmen aufzubewahren.

Dieses zweite Modell hätte den Vorteil, daß jeder Versicherungsnehmer nach hinreichender Information eigenverantwortlich frei entscheiden könnte, ob er eine Begrenzung der Beitragssteigerung im Alter auf dem gesetzlich vorgesehenen Weg benötigt oder ob er die Begrenzung nicht benötigt, weil er in anderer Weise für die Finanzierung der Beitragssteigerung im Alter sorgen will. Das zweite Modell setzt also den informierten und eigenverantwortlich entscheidenden Versicherungsnehmer voraus und entspricht damit an sich dem Konzept, das dem heutigen Versicherungsaufsichtsrecht nach Umsetzung der Dritten Versicherungsrichtlinien zugrunde liegt.

Es ergeben sich jedoch Bedenken dagegen, daß dieses zweite Modell mit Artikel 54 Abs. 2 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung vereinbar ist. Artikel 54 Abs. 1 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung erlaubt den Mitgliedstaaten, für die Verträge in der substitutiven Krankenversicherung in Abweichung von den generellen Bestimmungen vorzuschreiben, daß sie speziellen Vorschriften zum Schutz des Allgemeininteresses genügen müssen. Nach Artikel 54 Abs. 2 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung können die Mitgliedstaaten für diese substitutive Krankenversicherung nur dann vorschreiben, daß sie in technischer Hinsicht nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, wenn die in Abs. 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen zwingenden Voraussetzungen gehört auch, daß „eine Alterungsrückstellung gebildet wird". Demnach kann es im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung den einzelnen Versicherungsnehmern nicht freigestellt werden, ob für sie eine Alte-

rungsrückstellung gebildet wird oder nicht. Das schließt aber mit ein, daß den einzelnen Versicherungsnehmern vom Gesetzgeber auch nicht freigestellt werden kann, in welcher Höhe für sie eine Alterungsrückstellung gebildet wird. Artikel 54 Abs. 2 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung überläßt zwar dem jeweiligen Mitgliedstaat die Entscheidung darüber, in welcher Höhe er eine Alterungsrückstellung mindestens für geboten hält, damit die Beitragssteigerung im Alter ein akzeptables Maß nicht übersteigt. Artikel 54 Abs. 2 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung geht aber ersichtlich davon aus, daß ein Mitgliedstaat, soweit er die Bildung einer Alterungsrückstellung objektiv für geboten hält, sie einheitlich für alle Versicherungsnehmer anordnet und insoweit den Versicherungsnehmern keine Wahlfreiheit mehr läßt. Dies gilt unbeschadet der Tatsache, daß die einzelnen Versicherungsnehmer von sich aus noch weitere Vorsorge für das Alter treffen können.

Aufgrund dieser Erwägungen schlägt die Kommission vor, daß gemäß dem Modell 1 der Beitragszuschlag ohne Ausnahme für alle Tarife der Neuverträge verbindlich angeordnet wird und den Versicherungsnehmern zugemutet wird, die erforderliche Mindestvorsorge für die Dämpfung der Beitragssteigerung im Alter zwingend nur auf diesem Wege zu finanzieren.

8.3.7.2 Beitragszuschläge für bestehende Versicherungsverträge

Die Kommission hat sich als nächstes der Frage zugewandt, ob der Beitragszuschlag auch für die bereits bestehenden Versicherungsverträge (Altverträge) obligatorisch gemacht werden solle. Auch hier standen zwei Modelle zur Diskussion:

(1) Gesetzliche Anordnung eines Beitragszuschlags für alle Altverträge (ohne Ausnahme);

(2) gesetzliche Anordnung eines Beitragszuschlags für alle Altverträge mit einem zeitlich befristeten Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers gegen den Zuschlag.

Die Kommission hat sich gegen das Modell 1 und für das Modell 2 ausgesprochen. Sie geht dabei von folgenden Erwägungen aus:

Es gibt Gruppen von Versicherungsnehmern, die bereits hinreichende Eigenvorsorge zur Dämpfung der Beitragssteigerungen im Alter getroffen haben, sei es, daß sie von den verschiedenen Zusatzangeboten der Versicherungsunternehmen Gebrauch gemacht haben (vgl. oben in Abschnitt 5.5), sei es, daß sie sonstige Wege der vorsorgenden Geldanlage für das Alter gewählt haben (z. B. Investmentfonds, Sparprogramme, Wohnungseigentum).

Es kann zwar gesetzlich vorgesehen werden, daß auf Antrag bestimmte freiwillig abgeschlossene Zusatztarife zur Krankenversicherung auf den neu einzuführenden gesetzlichen Beitragszuschlag überführt oder angerechnet werden. Für andere Formen der Eigenvorsorge ist das jedoch nicht möglich. So könnten z. B. Rentenversicherungen nur unter finanziellen Verlusten gekündigt werden. Insoweit könnte daher gesetzlich nur angeordnet werden, daß der Beitragszuschlag zwangsweise neben diesen bereits bestehenden Formen der Eigenvorsorge geleistet werden muß. Es gibt sachlich keinen tragenden Grund, in diesen letzten Fallgruppen diejenigen, die bereits hinreichend Eigenvorsorge getroffen haben, zu weiterer Vorsorge zu zwingen.

Dabei ist zu bedenken, daß der neu einzuführende Beitragszuschlag für die Gruppe der heute älteren Versicherten ohnehin keine fühlbare Wirkung mehr entfalten kann, weil für sie die Beitragszahlungen nur noch für kurze Zeit angesammelt würden. Beitragserhöhungen für diesen Personenkreis können nur durch Entnahme von Mitteln aus der erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sowie durch die nach § 12 a VAG angesammelten Mittel auf ein zumutbares Maß begrenzt werden.

Der neu einzuführende Beitragszuschlag kann vielmehr nur für die Gruppe der heute jüngeren Versicherten noch eine fühlbare Wirkung im späteren Alter entfalten, weil er für sie über einen längeren Zeitraum hin angesammelt werden kann. Für diese Gruppe der jüngeren Versicherten ist aber gerade häufig kennzeichnend, daß sie durch Familiengründung und Haushaltsgründung (Schaffung von Hauseigentum/Wohnungseigentum) und soweit selbständig durch Existenzgründung bereits finanziell stark in Anspruch genommen sind. Soweit sie in dieser Situation bereits freiwillig zusätzlich Vorsorge zur Dämpfung der Beitragssteigerung im Alter getroffen haben, würde es sie unverhältnismäßig hart belasten, wenn der Staat sie gleichwohl zu weiterer Vorsorge für das Alter zwingen würde, ohne daß dies sachlich notwendig ist.

Die Kommission sieht hier eine Grenze, die der fürsorgende Staat gegenüber eigenverantwortlich handelnden Bürgern nicht überschreiten darf. Eine Überschreitung dieser Grenze würde mindestens das Verfassungsgebot der Verhältnismäßigkeit verletzen.

Die zwangsweise Einführung eines Beitragszuschlages wäre daher nach Ansicht der Kommission nur zulässig, wenn es Kriterien gäbe, mit deren Hilfe dieser Zwang auf diejenigen Altversicherten beschränkt werden könnte, die bisher keine hinreichende Eigenvorsorge betrieben haben. Nach Auffassung der Kommission läßt sich ein solches Kriterium aber nicht finden. Angesichts der vielfältigen Möglichkeiten einer bereits getroffenen Eigenvorsorge lassen sich keine klaren und praktikablen Voraussetzungen dafür festlegen, wann jemand von der Pflicht zur Zahlung des Beitragszuschlages befreit sein sollte.

Aus diesen Gründen hält die Kommission es für hinreichend, aber auch erforderlich, wenn der Beitragszuschlag zwangsweise für alle Altverträge eingeführt wird, jedoch mit der Maßgabe, daß die Altversicherten dagegen ein einmaliges Widerspruchsrecht haben. Bei Mitteilung über die Erhebung des ersten Beitragszuschlages sind sie nicht nur über ihr Widerspruchsrecht zu belehren, sondern auch über den Zweck des Beitragszuschlages (gesetzlich angeordnete Vorsorge zur Dämpfung der Beitragssteigerungen im Alter) und den Zweck des Widerspruchsrechtes (Befreiungsmöglichkeit für diejenigen, die ander-

weitig vorgesorgt haben oder künftig vorsorgen wollen und können). Wenn nach dieser Belehrung ein informierter Bürger von seinem Widerspruchsrecht eigenverantwortlich Gebrauch macht, hat der Staat dies zu achten. Er kann davon ausgehen, daß der Bürger hinreichende Gründe für seinen Widerspruch hat. Hat sich der Bürger gleichwohl falsch entschieden und kann im Alter die Beitragssteigerungen nicht voll tragen, besteht die Möglichkeit in den bezahlbaren Standardtarif zu wechseln. Diese Konsequenz seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zu tragen, ist ihm nach Meinung der Kommission zumutbar. Die Kommission ist sich bewußt, daß ihr Vorschlag dazu führt, daß die Unternehmen teilweise bezüglich der Beitragszahlung die Bestände getrennt werden führen müssen (mit und ohne Beitragszuschlag). Sie hält diese Regelung jedoch für zumutbar, weil sie nicht auf Dauer, sondern nur für die Ablaufzeit der Altverträge bestehen wird, und weil anders die Rechte derjenigen Altversicherten nicht gewahrt werden können, die bereits hinreichend Eigenvorsorge getroffen haben.

Schließlich hat sich die Kommission mit der Frage auseinandergesetzt, auf welche Weise der Beitragszuschlag für die bereits Versicherten eingeführt werden soll. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß eine einmalige starke zusätzliche Belastung der Versicherten vermieden werden sollte. Die Kommission schlägt daher vor, ab dem 1. Januar des Jahres, das dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung folgt, einen Beitragszuschlag von 2% der Bruttoprämie zu erheben. Zu den folgenden Jahreswechseln wird der Beitragszuschlag jeweils um 2% erhöht, bis er 10% der Bruttoprämie erreicht hat. Den Versicherungsnehmern soll aber das Recht eingeräumt werden, abweichend von dieser Stufenregelung sofort den ganzen Zuschlag zahlen zu können.

Die Kommission hat sich mit der künftigen Behandlung solcher Versicherungsverträge befaßt, die von den Versicherungsnehmern schon in der Vergangenheit freiwillig zur Beitragsermäßigung im Alter abgeschlossen wurden. Es handelt sich um Verträge mit Zusatztarifen (siehe oben Abschnitt 5.5.3), sowie mit Tarifen, die eine „integrierte" Beitragsermäßigung im Alter vorsehen (siehe oben Abschnitt 5.5.4).

Sie schlägt hierzu vor, daß die Versicherungsnehmer hinsichtlich der Zusatztarife zur Beitragsermäßigung im Alter zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Beitragszuschlages ein einmaliges, zeitlich befristetes Sonderkündigungsrecht erhalten und die in diesem Tarif bislang angesammelten Mittel zur Beitragsermäßigung voll den Alterungsrückstellungen der substitutiven Krankheitskostenversicherung zugeschrieben werden. Besteht der Krankenversicherungsschutz aus mehreren Tarifen, sind die angesammelten Mittel den Tarifen anteilig nach dem Anteil an der gesamten Alterungsrückstellung gutzuschreiben.

Das Sonderkündigungsrecht soll nur dann ausgeübt werden können, wenn der Versicherungsnehmer nicht von dem Widerspruchsrecht gegen den Beitragszuschlag Gebrauch macht.

Die Kommission geht davon aus, daß bei Tarifen mit „integrierten" Beitragsentlastungskomponenten § 178f VVG (Wechsel in einen anderen Tarif) Anwendung findet, so daß es einer gesonderten Regelung hierzu nicht bedarf.

8.3.7.3 Steuerliche Behandlung des Beitragszuschlages

Die Kommission ist der Auffassung, daß die durch den Beitragszuschlag erhöhte Alterungsrückstellung steuerlich wie die bislang gebildete Alterungsrückstellung behandelt werden muß. Soweit sich Zweifel ergeben, daß dies durch das geltende Recht gedeckt ist, empfiehlt die Kommission eine entsprechende gesetzliche Klarstellung.

9 Verwendung der Mittel aus dem Beitragszuschlag und der Direktgutschrift aus Überzinsen zur Beitragsstabilisierung ab Alter 65

Die Kommission schlägt vor, die angesammelten Beitragszuschläge samt rechnungsmäßiger Verzinsung und den auf sie entfallenden Überzinsen (oben Abschnitt 8.3.7) zusammen mit der Direktgutschrift der auf die bisherige Alterungsrückstellung entfallenden Überzinsen (oben Kapitel 7) zur Beitragsverstetigung im Alter zu verwenden.

Sie hat eingehend diskutiert, ab welchem Alter diese Mittel zur Beitragsverstetigung eingesetzt werden sollen. Dabei ist sie davon ausgegangen, daß künftig wieder zunehmend bis zum vollendeten 65. Lebensjahr gearbeitet werden wird. Denn es ist inzwischen deutlich geworden, daß die massive Überleitung von Arbeitnehmern in den vorgezogenen Ruhestand zur Verdeckung der Arbeitslosigkeit auf Dauer nicht zu finanzieren ist. Andererseits ist angesichts der Verlängerung der statistischen Lebenserwartung und der Verbesserung der gesundheitlichen Lage älterer Menschen eine Lebensarbeitszeit bis zum vollendeten 65. Lebensjahr heute wesentlich eher zumutbar als in früheren Zeiten. Allerdings werden wahrscheinlich in Zukunft häufiger als früher Wege beschritten werden, um in den letzten Jahren vor der Vollendung des 65. Lebensjahres die Arbeitszeit zu reduzieren, etwa durch Teilzeitarbeitsmodelle, die schon mit gewissen Einkommensreduzierungen verbunden sein können.

Unter Berücksichtigung dieser Umstände hält die Kommission es für angemessen, daß mit der Vollendung des 60. Lebensjahres die Verpflichtung zur Zahlung des Beitragszuschlags entfällt (vgl. oben Abschnitt 8.3.7), wodurch für die Versicherungsnehmer

eine erste Entlastung eintritt, daß aber die angesammelten Mittel erst nach Vollendung des 65. Lebensjahres zur Beitragsverstetigung eingesetzt werden.

Die Kommission hat des weiteren eingehend diskutiert, wie die angesammelten Mittel zur Beitragsverstetigung im Alter verwendet werden sollen. Hierbei hat die Kommission gesehen, daß Arbeitnehmer und Beamte mit Erreichen des Ruhestandsalters im Regelfall einen Rückgang des Einkommens auf ca. 75% ihres bisherigen Erwerbseinkommens erfahren und die Alterseinkünfte sich ab Eintritt in den Ruhestand dann künftig parallel zu den Arbeitseinkommen entwickeln, also wahrscheinlich ansteigen. Dies könnte dafür sprechen, die angesammelten Beitragszuschläge und die Mittel aus der Direktgutschrift entsprechend dieser Entwicklung so zu verwenden, daß mit Vollendung des 65. Lebensjahres die Beiträge zur Krankenversicherung ebenfalls auf 75% des bis dahin erreichten Niveaus abgesenkt werden und dann wieder ansteigen.

Eine entsprechende Beitragssenkung um 25% mit Alter 65 kann allerdings nicht garantiert und daher auch nicht vorgeschrieben werden, da es vom individuellen Versicherungsverlauf abhängt, ob bis zu diesem Zeitraum hinreichend große Beträge aus den Beitragszuschlägen und der Direktgutschrift angesammelt wurden. Praktikabel wäre daher allenfalls eine Maßgabe, nach der die gesamten bis zum Alter 65 angesammelten Mittel aus dem Beitragszuschlag und der Direktgutschrift mit Alter 65 zu einer Beitragssenkung verwendet werden. In vielen Fällen würde sich hieraus eine relativ starke Senkung des Beitrages ergeben, deren Umfang vom individuellen Versicherungsverlauf abhinge.

Allerdings ist zu berücksichtigen, daß bei einer solchen Verwendung der Mittel aus Beitragszuschlag und Direktgutschriften zur Beitragssenkung mit Alter 65 die Beiträge anschließend wieder stark ansteigen werden – und zwar prozentual deutlich stärker als der Anstieg der Gesundheitskosten. Zwar kann dies für vertretbar angesehen werden, weil Rentner typischerweise viele finanzielle Lasten nicht mehr haben, die jüngere Arbeitnehmer noch tragen müssen (insbesondere für Haushalts und Familiengründung), so daß Rentnern tendenziell eher zumutbar ist, einen größeren Prozentsatz ihres Einkommens für Krankenversicherungsbeiträge zu verwenden als Versicherungsnehmern in jüngeren Jahren.

Dennoch hält die Kommission es für sinnvoller, eine solche Situation mit dem Alter dann wieder stark ansteigender Krankenversicherungsbeiträge möglichst zu vermeiden. Sie hält es daher für sachgerechter, wenn die angesammelten Mittel aus Beitragszuschlag und Direktgutschriften dazu genutzt werden, das mit Vollendung des 65. Lebensjahres erreichte Beitragsniveau für längere Zeit absolut stabil zu halten.

Die Kommission hat Modellrechnungen zu den Wirkungen ihres Vorschlages durchgeführt. Dabei geht sie (wie oben in Abschnitt 8.1 näher begründet) davon aus, daß die Kopfschäden jährlich um ca. 1% stärker steigen werden als die mit 5% angesetzte allgemeine nominale Einkommensentwicklung und ca. 2% stärker als die allgemeine Inflationsrate [12]). Außerdem berücksichtigt die Kommission, daß (wie oben in Abschnitt 7.2 näher begründet) der auf die unter 65jährigen Versicherten entfallende Teil der Gesamtalterungsrückstellung sich im Zeitablauf verringern wird. Daher wird von einer Veränderung des Verhältnisses der auf über 65jährige entfallenden Alterungsrückstellung zu der auf unter 65jährige entfallenden Alterungsrückstellung von derzeit 70:30 auf 50:50 im Laufe der nächsten 25 Jahre ausgegangen (vgl. zu den Modellannahmen ausführlich Anhang II).

Über die Ergebnisse der unter diesen Annahmen von der Kommission durchgeführten Modellrechnungen informieren die Abbildungen auf S. 36f. sowie die Tabelle auf Seite 36. Tabelle und Abbildungen zeigen die Beitragsentwicklung unter Berücksichtigung einer Direktgutschrift i. H. v. 90% der Überzinsen auf die Alterungsrückstellung, wobei der Beitrag ab Vollendung des 65. Lebensjahres (soweit die Mittel aus der Direktgutschrift ausreichen) konstant bleibt. Die jeweils rechten Spalten (für Männer und Frauen) der Tabelle zeigen die Wirkung eines zusätzlichen Beitragszuschlag von 10%, der bis zu einem erreichten Alter von 60 Jahren erhoben wird.

Wie die Modellrechnungen zeigen, reichen die Mittel aus einem zehnprozentigen Beitragszuschlag, der ab Eintrittsalter 30 bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres gezahlt wird, zusammen mit den angesammelten Direktgutschriften, wenn sie ab Alter 65 zur Konstanthaltung des Beitrags verwendet werden, dazu aus, den Beitragsverlauf bei männlichen Versicherten bis zum 84. Lebensjahr und für weibliche Versicherte bis zum 75. Lebensjahr absolut stabil zu halten.

Die geringere Zeitspanne, für die der Beitrag bei weiblichen Versicherten konstant gehalten werden kann, ist zum einen dadurch bedingt, daß die Altersabhängigkeit der Profile (*) bei Frauen geringer ausgeprägt ist als bei Männern und daher geringere Direktgutschriften aus überrechnungsmäßigen Zinsen auf die Alterungsrückstellung gebildet werden können; zum anderen fällt aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen die „Vererbung" (vgl. dazu Anhang I Abschnitt 1) bei weiblichen Versicherten geringer als bei männlichen Versicherten aus, so daß vergleichsweise mehr überlebende weibliche als männliche Versicherte in den Genuß der angesammelten Mittel aus Direktgutschriften und Beitragszuschlägen kommen. Die Kommission hat eingehend diskutiert, ob sie dem Gesetzgeber für weibliche Versicherte einen höheren prozentualen Beitragszuschlag (von zum Beispiel 15%) vorschlagen soll, um auch hier eine größere Zeitspanne, in der der Beitrag konstant gehalten werden kann, zu erreichen. Sie ist allerdings zu der Einschätzung gekommen, daß eine über den Beitragszuschlag von 10% hinausgehende stärkere Belastung weiblicher Versicherter in jün-

[12]) Angesichts der gegenwärtig diskutierten „Nullrunden" für die Einkommen der abhängig Beschäftigten könnte die Plausibilität von Modellrechungen, die von einem nominalen Einkommenszuwachs von jährlich 5% ausgehen, bezweifelt werden. In bezug auf die relative Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungsbeiträgen und die Wirkungen der Vorschläge der Kommission sind allerdings in erster Linie die Relationen zwischen Einkommensentwicklung, Inflationsrate (und damit implizit dem Zinsniveau) und Kopfschäden von Bedeutung.

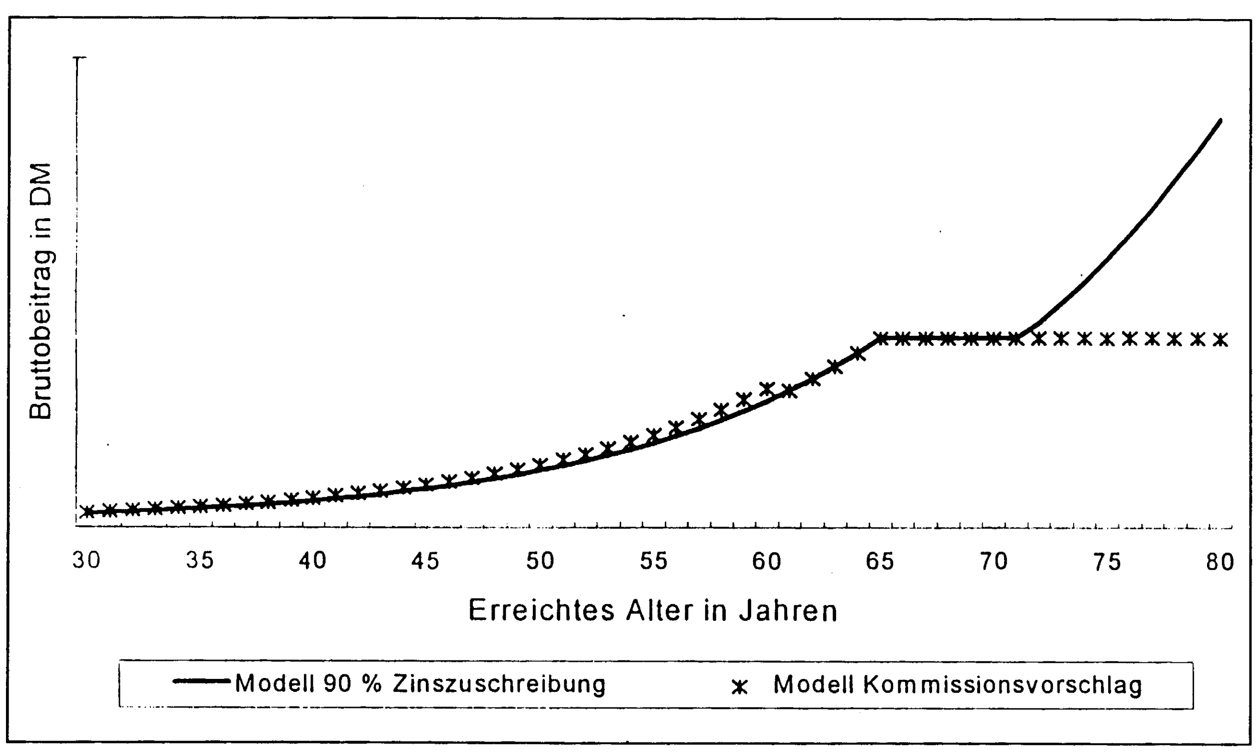
geren Jahren aufgrund der unter sonst gleichen Umständen ohnehin höheren Beitragsbelastung weiblicher Versicherter möglichst vermieden werden sollte.

Soweit dann im Laufe der weiteren Lebensjahre die Steigerung der Gesundheitskosten wieder auf die Beitragsentwicklung durchschlägt, ist sie bis zu einer gewissen Grenze zunächst hinnehmbar. Erst wenn der Beitragsanstieg unangemessen hoch würde, wären die Unternehmen gehalten, mit sonstigen Mitteln (Überschüssen) in angemessenem Umfang Limitierungen vorzunehmen. Angesichts der deutlich geringer werdenden Zahlen der Versicherten in diesen Altersgruppen erscheint der Kommission dies möglich. Die Aufsichtsbehörde wird im Rahmen der laufenden Aufsicht (§ 81 VAG) darauf zu achten haben, daß die Belange dieser beständig kleiner werdenden Gruppe hochaltriger Versicherten ausreichend gewahrt bleiben.

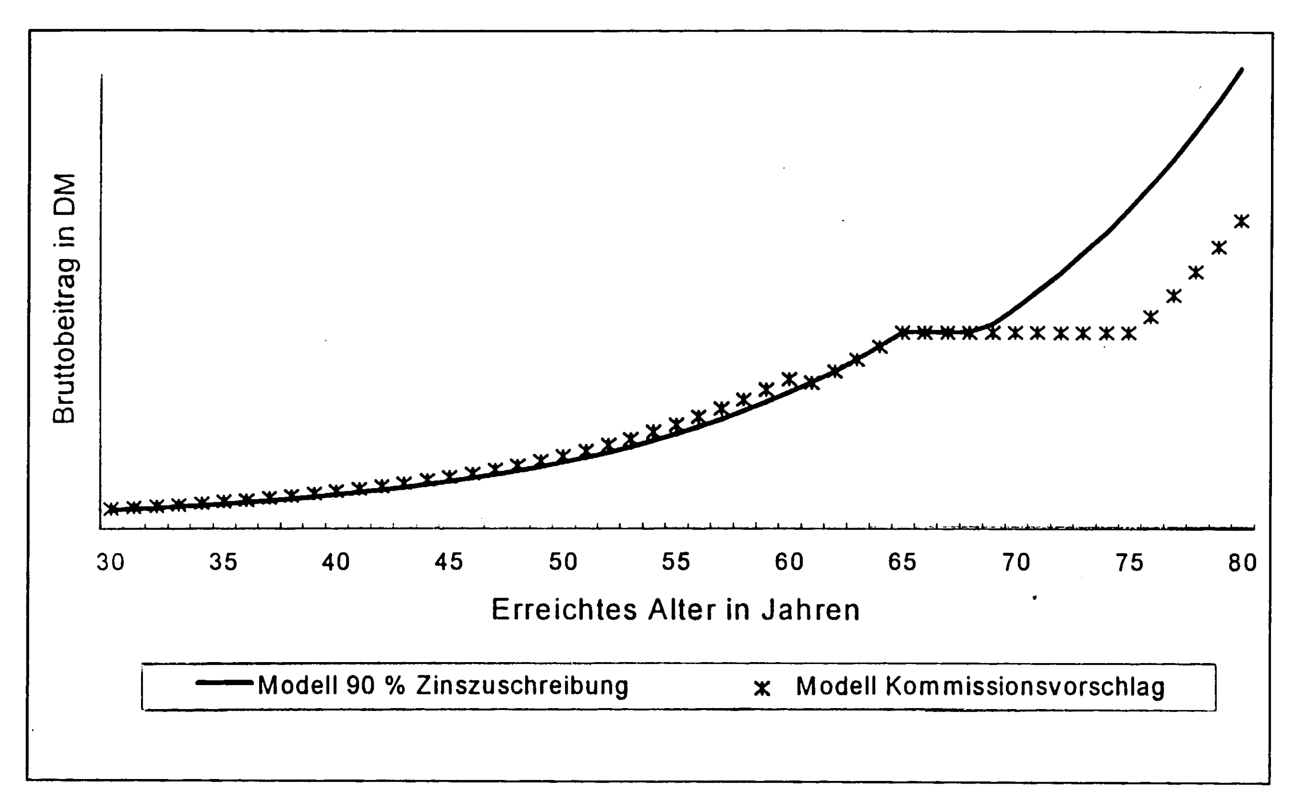
Tabelle Kapitel 9 *)	**Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes** für Männer und Frauen jeweils links: ohne Beitragszuschlag für Männer und Frauen jeweils rechts: mit 10% Beitragszuschlag			
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	9,6	11,6	12,7
35	9,3	10,3	12,2	13,4
40	10,3	11,3	13,2	14,5
45	11,7	12,8	14,4	15,8
50	13,4	14,8	15,9	17,5
55	15,7	17,3	17,8	19,6
60	28,5	20,3	20,0	22,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	29,1	29,1	30,3	30,3
70	22,8	22,8	26,6	23,7
75	25,1	17,9	30,2	18,6
80	29,9	14,0	34,1	22,9
85	34,8	12,1	38,1	27,6
90	39,7	18,4	42,2	32,3

*) für den jeweils linken Teil vgl. auch Tabelle 5 (rechter Teil) in Anhang II, für den jeweils rechten Teil vgl. auch Tabelle 8 (rechter Teil) in Anhang II.

Verlauf der Bruttobeiträge
Männer



Verlauf der Bruttobeiträge
Frauen



10 Die gesetzliche Regelung für die Vorschläge der Kapitel 7 bis 9

10.1 Prozentualer Beitragszuschlag

Die Kommission schlägt daher vor, nach § 12 Abs. 4 VAG folgenden Absatz 5 einzufügen, der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6:

„(5) In der substitutiven Krankheitskostenversicherung ist spätestens mit Beginn des Kalenderjahres, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt und endend in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet, für die Versicherten ein Zuschlag von zehn vom Hundert der Bruttoprämie zu erheben, der Alterungsrückstellung nach § 341 f Abs. 3 HGB jährlich direkt zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter nach § 12 a Abs. 2 a zu verwenden. Satz 1 gilt nicht in den Fällen des § 178 a Abs. 4 Satz 3 VVG, wenn Vertragslaufzeiten vereinbart werden und nicht in den Fällen, in denen der Tarif bedingungsgemäß spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres endet."

10.2 Übergangsregelungen zum Beitragszuschlag

Übergangsregelung (VAG)

„§ ...

Ist der Versicherungsvertrag vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) geschlossen, gilt § 12 Abs. 5 mit der Maßgabe, daß der Zuschlag

1. erstmalig am ersten Januar des Kalenderjahres, das dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung folgt, zu erheben ist,
2. im ersten Jahr 2 vom Hundert der Bruttoprämie beträgt und an jedem ersten Januar der darauffolgenden Jahre um 2 vom Hundert, jedoch auf nicht mehr als 10 vom Hundert der Bruttoprämie, steigt, soweit er nicht wegen Vollendung des 60. Lebensjahres entfällt,
3. nur zu erheben ist, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag schriftlich widerspricht.

Abweichend von Satz 1 Nr. 2 kann die Erhöhung des Zuschlages bis zu sechs Monate vor oder nach dem oben genannten Zeitpunkt liegen."

Übergangsregelung (VVG)

„§ ...

(1) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) ist der Versicherer nur dann berechtigt,

den Zuschlag nach § 12 Abs. 5 VAG zu erheben, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von drei Monaten nach dem Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag schriftlich widerspricht. Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer schriftlich, in drucktechnisch deutlicher Form über den Zweck des Beitragszuschlages, das Widerspruchsrecht und dessen Zweck sowie den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Widerspruchsrecht jedoch ein Jahr nach erstmaliger Zahlung des um den Zuschlag erhöhten Beitrags.

(2) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) kann der Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Widerspruchsfrist nach Absatz 1 innerhalb einer Frist von drei Monaten einen Zusatztarif, der eine Beitragsermäßigung im Alter vorsieht, außerordentlich kündigen. Verzichtet er gegenüber dem Versicherer auf sein Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Satz 1, kann er bereits nach Zugang der Mitteilung über den Beitragszuschlag außerordentlich kündigen. Dem Versicherten ist die Alterungsrückstellung bei den Tarifen, zu denen der Versicherungsnehmer einen Beitragszuschlag zahlt, vollständig prämienmindernd anzurechnen.

(3) Bestand das Versicherungsverhältnis bereits vor dem ... (Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung) kann der Versicherungsnehmer durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsunternehmen, die diesem jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres zugegangen sein muß, den Zuschlag ab dem 1. Januar des darauffolgenden Jahres auf den Vomhundertsatz anheben, der für neue Verträge erhoben wird. § ... Satz 1 Nr. 1 (Übergangsregelung VAG) gilt entsprechend.

(4) Verpflichtet sich ein Versicherungsnehmer, der von dem Widerspruchsrecht nach Absatz 1 Gebrauch gemacht hat, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsunternehmen, die diesem jeweils bis zum 30. November eines Kalenderjahres zugegangen sein muß, ab dem 1. Januar des darauffolgenden Jahres den für neue Verträge geltenden Vomhundertsatz des Beitragszuschlages nach § 12 Abs. 5 VAG zu zahlen, hat ihm der Versicherer eine Beitragsermäßigung nach § 12a Abs. 2a VAG zu gewähren."

10.3 Direktgutschrift

Die Kommission schlägt weiterhin vor, § 12 a Abs. 1 bis 3 wie folgt zu fassen:

„(1) In der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung (Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherung) hat das Versicherungsunternehmen der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge in Höhe von 90 vom Hundert der auf die Summe der jeweiligen zum Ende des Vorjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallenden durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (Überzins) jährlich direkt gutzuschreiben.

(2) Von dem nach Absatz 1 ermittelten Betrag ist bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten der Anteil, der auf den Teil der Alterungsrückstellung entfällt, der aus dem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 5 entstanden ist, voll den Versicherten, die diesen Beitragszuschlag geleistet haben, jährlich direkt zuzuschreiben. Von dem verbleibenden nach Absatz 1 ermittelten Betrag sind allen Versicherten 50 vom Hundert jährlich direkt zuzuschreiben. Der Vomhundertsatz nach Satz 2 erhöht sich vom 31. Dezember ... (Jahr nach dem Inkrafttreten der Änderung) an jährlich um 2 vom Hundert, bis er 100 vom Hundert erreicht hat.

(2 a) Ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten sind die Beträge nach Absatz 2 anläßlich von Prämienerhöhungen zur zeitlich unbefristeten Finanzierung der Mehrprämien oder, soweit die vorhandenen Mittel für eine vollständige Finanzierung nicht ausreichen, eines Teiles der Mehrprämien zu verwenden, noch verbleibende Beträge jedoch spätestens zur Prämiensenkung bei Vollendung des 85. Lebensjahres des Versicherten. Zuschreibungen nach diesem Zeitpunkt sind jeweils zur sofortigen Prämiensenkung zu verwenden. In der freiwilligen Pflegetagegeldversicherung können die Versicherungsbedingungen vorsehen, daß anstelle einer Prämienermäßigung eine entsprechende Leistungserhöhung vorgenommen wird.

(3) Der Teil des nach Absatz 1 ermittelten Betrages, der nach Abzug des nach Absatz 2 ermittelten Betrages verbleibt, ist für die Versicherten, die am Bilanzstichtag das 65. Lebensjahr vollendet haben, festzulegen und innerhalb von drei Jahren zur Prämienermäßigung oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen zu verwenden. Maßstab für die Verteilung des nach Satz 1 ermittelten Betrages auf die Tarife, die zu den in Absatz 1 genannten Krankenversicherungen gehören, ist die jeweilige Alterungsrückstellung zum Bilanzstichtag des Geschäftsjahres der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben. Die Prämienermäßigung gemäß Satz 1 kann soweit beschränkt werden, daß die Prämie des Versicherten nicht unter die des ursprünglichen Eintrittsalters sinkt; der nicht verbrauchte Teil der Gutschrift ist dann gemäß Absatz 2 Satz 2 zu verteilen."

10.4 Befristete flexible Verwendung eines Teils der Direktgutschrift

Die Kommission schlägt weiterhin vor, § 12 a Abs. 5 VAG wie folgt zu fassen:

„(5) Bis zum 31. Dezember ... (zehn Jahre nach Inkrafttreten der Gesetzesänderung) dürfen abweichend von Absatz 3 Satz 1 25 vom Hundert des Teils des nach Absatz 1 ermittelten Betrages, der nach Abzug des nach Absatz 2 ermittelten Betrages ver-

bleibt, zur Prämienermäßigung oder zur Vermeidung oder Begrenzung von Prämienerhöhungen älterer Versicherter abweichend von dem im Absatz 3 Satz 2 geregelten Maßstab verwendet werden. Der in Satz 1 genannte Betrag darf auch für Versicherte verwendet werden, die das 55. Lebensjahr vollendet, jedoch das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben."

10.5 Handelsgesetzbuch

In § 341 f Abs. 3 wird an Satz 1 der folgende Halbsatz angefügt:

„, einschließlich der Zuschreibung nach § 12 Abs. 5 des Versicherungsaufsichtsgesetzes."

11 Die Verteilung der Abschluß- und Verwaltungskosten auf die Versicherten

11.1 Die unmittelbaren Abschlußkosten

In der PKV unterscheidet man zwischen mittelbaren und unmittelbaren Abschlußkosten. Zu den unmittelbaren Abschlußkosten gehören z. B. die Provisionen für den Außendienst, während z. B. Werbungskosten zu den mittelbaren Abschlußkosten gezählt werden.

Die unmittelbaren Abschlußkosten werden durch Wartezeit- und Selektionsersparnisse (*), durch Zillmerung (*) oder durch einen laufenden Zuschlag zum Beitrag gedeckt.

Die Höhe der Zillmerung war in der Vergangenheit durch eine aufsichtsbehördliche Verlautbarung nur dadurch begrenzt, daß die Gesamtalterungsrückstellung eines Zugangsjahres im Tarif höchstens vier Jahre negativ sein durfte. Diese Regelung, die etwas modifiziert auch im Entwurf der Kalkulationsverordnung enthalten ist, sollte jedoch nicht in erster Linie die Abschlußkosten begrenzen, sondern Stornoverluste vermeiden, die durch die Kündigung von Versicherten entstehen, deren Alterungsrückstellungen noch negativ sind.

§ 12 c VAG ermächtigt das Bundesministerium der Finanzen, die Grundsätze für die Bemessung der unmittelbaren Abschlußkosten festzulegen. Die Angabe einer Obergrenze für die Höhe der unmittelbaren Abschlußkosten ist nicht vorgesehen. Der Gesetzgeber hat sich offensichtlich von dem Gedanken leiten lassen, daß höhere unmittelbare Abschlußkosten eines Unternehmens auch zu höheren Neuzugangsbeiträgen führen werden. Da andererseits die Unternehmen wettbewerbsfähige Beiträge benötigen, würden sie aus eigenem Interesse dafür sorgen, daß die Höhe der unmittelbaren Abschlußkosten ein gewisses Maß nicht überschreiten wird.

Dieser Wettbewerbsgedanke wird auch von der Kommission grundsätzlich für richtig angesehen, sie hat aber geprüft, inwieweit die bereits Versicherten ständig erneut mit unmittelbaren Abschlußkosten belastet werden und ob dies für vertretbar angesehen werden kann.

Ein Teil der Unternehmen rechnet bei Prämienanpassungen erneute unmittelbare Abschlußkosten ein, indem die Mehrprämie gezillmert wird. Begründet wird dies damit, daß anläßlich einer Prämienanpassung Kosten entstünden und Kündigungsrücknahmeprovisionen (*) gezahlt würden.

Die bei einer Prämienanpassung entstehenden allgemeinen Kosten müssen jedoch nach Ansicht der Kommission durch die Verwaltungskostenzuschläge mitgedeckt werden. Darüber hinaus erscheint es nicht vertretbar, wenn in die Mehrprämien der älteren Versicherten durch Zillmerung erneute unmittelbare Abschlußkosten eingerechnet werden, da diese Versicherten in der Regel keine Möglichkeit mehr haben, den Versicherer zu wechseln. Die Beiträge der älteren Versicherten, die schon durch die Kostenentwicklung stark steigen, werden durch dieses Verfahren zusätzlich verteuert.

Die Kommission empfiehlt daher, festzulegen, daß anläßlich von Prämienanpassungen kein erneuter Zillmerzuschlag eingerechnet werden darf. Es erscheint allenfalls vertretbar, wenn für jüngere Versicherte (höchstens bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres) zur Deckung der Kündigungsrücknahmeprovisionen (*) ein Zillmerzuschlag, bezogen auf die Mehrprämie, eingerechnet wird.

Manche Versicherer decken ihre unmittelbaren Abschlußkosten durch einen laufenden Stückkostenzuschlag, der früher als prozentualer Zuschlag erhoben wurde. Auf die Ausführungen zu den Verwaltungskostenzuschlägen im folgenden Abschnitt 11.2 wird verwiesen. Dieser Stückkostenzuschlag ist während der gesamten Vertragsdauer zu zahlen und wird bei jeder Prämienanpassung mit erhöht. Dies bedeutet, daß die Versicherten bei jeder Prämienanpassung zusätzliche unmittelbare Abschlußkosten für die restliche Vertragslaufzeit zu zahlen haben.

Nach Ansicht der Kommission wäre es richtig, wenn bei diesem Kostenzuschlagssystem ein bei Abschluß des Vertrages vereinbarter laufender Zuschlag für unmittelbare Abschlußkosten betragsmäßig unverändert bliebe.

Wird jedoch dieser Zuschlag bei jeder Prämienanpassung mit erhöht, so müßte er zumindest für die Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, entfallen. Unter Berücksichtigung stark steigender Beiträge im Alter hält es die Kommission nicht für hinnehmbar, wenn die älteren Versicherten weiterhin einen Zuschlag für unmittelbare Abschlußkosten, der sich möglicherweise auch noch laufend erhöht, zahlen müssen.

11.2 Die mittelbaren Abschlußkosten, Schadenregulierungs- und Verwaltungskosten

Bis zum Jahre 1991 hat die PKV die mittelbaren Abschlußkosten, Schadenregulierungskosten und Verwaltungskosten durch einen prozentualen Zuschlag zum Beitrag gedeckt. Dies bedeutete, daß ältere Versicherte, deren Beitrag höher war, betragsmäßig stärker mit Kosten belastet wurden als jüngere.

Zur Senkung der Beitragsbelastung im Alter hat das BAV im Jahre 1991 angeordnet, daß in der Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung in die Beiträge der Erwachsenen nur noch altersunabhängige absolute Kostenzuschläge eingerechnet werden dürfen.

Die Kommission hält diese Regelung, die auch im Entwurf der Kalkulationsverordnung enthalten ist, weiterhin für sinnvoll.

12 Verwendung der Mittel aus den Rückstellungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (einschließlich Zustimmungserfordernis durch den Treuhänder)

12.1 Die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

Der Betrag gemäß § 12 a Abs. 3 VAG ist bis zum Verwendungszeitpunkt unter der Bilanzposition „Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung" (*) ausgewiesen.

Die Kommission hält es nicht für angemessen, wenn die Unternehmen bei der Verwendung dieser Mittel völlig frei in ihren Entscheidungen sind.

Nach § 12 b Abs. 1 VAG muß der Treuhänder bereits einer Beitragsanpassung zustimmen. Es sollte ihm deshalb auch ein Mitspracherecht über die Verwendung der Mittel aus § 12 a Abs. 3 VAG eingeräumt werden. Er hat dabei darauf zu achten, daß die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt werden.

12.2 Die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Bei der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (*) sind die Unternehmen zur Zeit frei. Wie bereits ausgeführt, wird es insbesondere für die heute älteren Versicherten, aber auch bei Sterbetafel-Aktualisierungen, auch künftig notwendig sein, erhebliche Beträge zur Begrenzung von Beitragserhöhungen einzusetzen. Die Kommission hat daher eingehend diskutiert, ob zusätzliche Regelungen bezüglich der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erforderlich sind. Durch solche zusätzlichen Regelungen könnte insbesondere versucht werden zu vermeiden, daß aus Wettbewerbsgründen ein zu großer Teil der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für Barausschüttungen verwendet wird.

Im Ergebnis ist die Kommission jedoch zu der Einschätzung gekommen, daß aufgrund der Vielgestaltigkeit der bisherigen und künftigen Geschäftspolitiken und der großen Heterogenität der Versicherungsprodukte kaum generelle sachgerechte Regelungen über die Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung möglich sind. Die Kommission sieht es allerdings als erforderlich an, die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Zustimmung des Treuhänders zu binden. Dies erscheint insbesondere erforderlich, weil sich eine Verwendung zu Zwecken der Limitierung auf den Umfang der tatsächlich zu zahlenden Mehrprämie auswirkt. Der Treuhänder hat darauf zu achten, daß die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt werden.

Bei der Durchführung von Limitierungen ist zu berücksichtigen, daß es nach dem Vorschlag der Kommission künftig zwei Gruppen von Versicherten geben wird. Ein Teil der Versicherten zahlt einen Prämienzuschlag zur Beitragsermäßigung im Alter, ein anderer Teil hat diesem Zuschlag widersprochen. Es erscheint nicht vertretbar, wenn diejenigen Versicherten, die keine Vorsorge für das Alter betrieben haben, später im Rahmen der Limitierung von Prämienerhöhungen deshalb begünstigt werden, weil ihre Beitragsbelastung deutlich stärker steigt als die der anderen Versicherten. Die Kommission hält es für notwendig, daß beide Teilbestände bei einer Limitierung getrennt betrachtet werden.

12.3 Vorschlag für eine Ergänzung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

Die Kommission empfiehlt im Zusammenhang mit der Verwendung der Mittel aus den Rückstellungen für erfolgsabhängige und erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung folgende Ergänzung des VAG:

In § 12 b des Versicherungsaufsichtsgesetzes wird nach Abs. 1 folgender Absatz 1 a angefügt:

„Der Zustimmung des unabhängigen Treuhänders bedarf die Entnahme und Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 12 a Abs. 3 zu verwenden sind. Seiner Zustimmung bedarf weiter-

hin die Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Er hat darauf zu achten, daß die in der Satzung und den Versicherungsbedingungen bestimmten Voraussetzungen erfüllt und die Belange der Versicherten ausreichend gewahrt sind. Bei der Verwendung der Mittel zur Begrenzung von Prämienerhöhungen hat der Treuhänder die Angemessenheit der Verteilung auf die Versichertenbestände mit einem Beitragszuschlag nach § 12 Abs. 5 und ohne einen solchen zu beachten sowie dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit der prozentualen und absoluten Prämiensteigerung für die älteren Versicherten Rechnung zu tragen."

13 Folgen unzureichender Kalkulation

Die Kommission hat sich mit der Frage beschäftigt, ob zusätzliche Vorkehrungen dagegen erforderlich sind, daß Tarife auf den Markt gebracht werden, die zu niedrig kalkuliert sind. Eine zu niedrige Prämie ist unerwünscht, weil dadurch falsche Marktsignale gesetzt werden. Eine anfänglich zu niedrige Kalkulation wird der Versicherer in der Folgezeit durch Prämienanpassungen auszugleichen versuchen, die die dann älteren Versicherten treffen.

Die Kommission verkennt nicht, daß der Gesetzgeber mit der Institution des Verantwortlichen Aktuars wesentlich zur Stärkung der Position derer beigetragen hat, die in den Krankenversicherungsunternehmen für die Kalkulation der Tarife verantwortlich sind. Dennoch sieht sie es als nicht unproblematisch an, daß die Erstkalkulation der Tarife in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung nicht wie die Prämienanpassung von einem Außenstehenden überprüft wird.

13.1 Überprüfung der Erstkalkulation durch den Treuhänder

Die Kommission hat zunächst Überlegungen angestellt, ob dem Gesetzgeber empfohlen werden soll, die Aufgaben des Treuhänders nach § 12 b VAG auf die Überprüfung der Erstkalkulation auszudehnen. Sie ist jedoch zu der Auffassung gekommen, daß eine solche Überprüfung der Erstkalkulation nicht mit Artikel 29 Abs. 1 der Dritten Richtlinie Schadenversicherung vereinbar wäre.

13.2 Prämienanpassung bei unzureichender Erstkalkulation

Ein Ansatzpunkt, die Unternehmen dazu anzuhalten, die Tarife ausreichend vorsichtig zu kalkulieren, könnte jedoch darin liegen, daß man ihnen die Möglichkeit verwehrt, die Folgen einer schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation später über die Prämienanpassung auf die Versicherungsnehmer abzuwälzen.

Der Grund dafür, daß den Unternehmen die Möglichkeit der Prämienanpassung eingeräumt wird, liegt in dem Änderungsrisiko, das die Versicherer vernünftigerweise nicht tragen können. Das Risiko einer schuldhaft unzureichenden Erstkalkulation soll der Versicherer hingegen grundsätzlich nicht abwälzen können. Für die Neukalkulation (*) muß entsprechendes gelten. Auch wenn sich dies bereits aus Sinn und Zweck der Möglichkeit der Prämienanpassung ergibt, scheint doch eine Klarstellung geboten. Die Kommission schlägt daher vor, in § 12 b Abs. 2 VAG nach Satz 2 folgenden Satz einzufügen:

„Eine Anpassung erfolgt jedoch insoweit nicht, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder einer Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und der Verantwortliche Aktuar dies hätte erkennen müssen."

Zur Klarstellung sollte auch § 178 g Abs. 2 VVG ergänzt und wie folgt gefaßt werden:

„(2) Ist bei einem Versicherungsverhältnis das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers gesetzlich oder vertraglich ausgeschlossen, so ist der Versicherer bei einer als nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des tatsächlichen Schadenbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämien berechtigt, die Prämie entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen und nach Maßgabe des § 12 b Abs. 2 Satz 3 des Versicherungsaufsichtsgesetzes auch für bestehende Versicherungsverhältnisse neu festzusetzen, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen überprüft und der Prämienanpassung zugestimmt hat."

Eine solche Regelung stärkt zum einen die Position des Treuhänders im Rahmen der Prämienanpassung. Dieser kann sich bei einer unzureichenden (Erst-) Kalkulation auf eine klare gesetzliche Regelung berufen. Sie stärkt mittelbar aber auch die Position des Verantwortlichen Aktuars, der sich innerhalb des Unternehmens mit einer vorsichtigen Kalkulation besser durchsetzen kann.

14 Zum Problem des Wechsels des Versicherungsunternehmens und der Mitgabe der Alterungsrückstellung

Die Kommission hat sich intensiv mit der Frage der Wechselmöglichkeit zu einem anderen Versicherer sowie der Mitgabe der Alterungsrückstellung beschäftigt.

14.1 Derzeitige Situation

In der gegenwärtigen Situation ist für einen Versicherten ein Wechsel des Versicherungsunternehmens finanziell um so schwieriger, je länger er versichert ist, und ab einem gewissen Alter faktisch nicht mehr möglich.

Die Ursache hierfür ist, daß bei Kündigung des Versicherungsvertrags die Alterungsrückstellung für den kündigenden Versicherungsnehmers ersatzlos verfällt. Der wechselwillige Versicherungsnehmer muß daher beim aufnehmenden Versicherungsunternehmen denjenigen Beitrag zahlen, der seinem beim Unternehmenswechsel erreichten Lebensalter entspricht. Er wird also so gestellt, als würde er erst zum Kündigungszeitpunkt erstmals eine private Krankenversicherung abschließen, insbesondere erst ab diesem Zeitpunkt mit dem Aufbau einer Alterungsrückstellung (durch entsprechende Anteile seiner monatlichen Krankenversicherungsprämie) beginnen.

Darüber hinaus nimmt bei einem Unternehmenswechsel das neue Versicherungsunternehmen eine erneute Risikoprüfung vor. Bei inzwischen eingetretenen Vorerkrankungen kann der neue Versicherer die Aufnahme des wechselwilligen Versicherungsnehmers ablehnen, Risikozuschläge zur Prämie erheben oder Ausschlüsse für bestimmte Krankheiten vereinbaren. Gerade ältere Versicherte haben relativ häufig Vorerkrankungen und sind auch von daher in der Möglichkeit des Wechsels des Versicherungsunternehmens eingeschränkt.

Der Umstand, daß eine gewisse Anzahl von Versicherungsnehmern (trotz der damit für sie persönlich verknüpften Nachteile) erfahrungsgemäß den Krankenversicherungsvertrag kündigt (storniert), wird von den Versicherungsunternehmen bei der Kalkulation der Prämie berücksichtigt, indem sogenannte Stornowahrscheinlichkeiten bei den Rechnungsgrundlagen Berücksichtigung finden. Wie bei Tod des Versicherten wird auch bei Stornierung des Versicherungsvertrages die Alterungsrückstellung an das verbleibende Kollektiv vererbt, was bei der Kalkulation der Krankenversicherungsprämie prämienmindernd berücksichtigt wird.

Durch die faktisch begrenzte Möglichkeit des Unternehmenswechsels für schon länger Versicherte beschränkt sich der Wettbewerb zwischen den Unternehmen im wesentlichen auf jüngere Versicherungsinteressenten, nämlich den Neuzugang erstmals privat Krankenversicherter sowie auf Versicherte anderer PKV-Unternehmen mit eher kürzerer bisheriger Versicherungsdauer. Die Notwendigkeit, sich im Wettbewerb auch um die bereits langjährig bei einem Unternehmen versicherten älteren Bestände zu bemühen, ist demgegenüber geringer ausgeprägt. Dies zeigt sich etwa an den Kriterien, die die Unternehmen für die Barausschüttung von Überschüssen entwickelt haben: Diese orientieren sich in aller Regel nicht an der Dauer der Zugehörigkeit zum Versicherungsunternehmen sondern an schadenfreien Perioden, wovon jüngere Versicherte in überdurchschnittlicher Weise profitieren.

14.2 Vorteile der Wechselmöglichkeit

Würde eine Wechselmöglichkeit für ältere Versicherte geschaffen, hätten die Unternehmen bei diesem Personenkreis ein stärkeres wirtschaftliches Interesse an der Bestandserhaltung. Sie wären dann stärker bemüht, noch mehr Überschüsse zur Dämpfung der Beitragssteigerung bei älteren Versicherten einzusetzen. Der Wettbewerb würde auf alle versicherten Personenkreise ausgedehnt. Wettbewerb ist in der Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik ein zentrales Instrument, um eine effiziente, innovative und kundenorientierte Produktion von Gütern und Diensten zu erreichen. Die Kommission ist davon überzeugt, daß eine Intensivierung des Wettbewerbs auch in der PKV gesamtwirtschaftlich vorteilhaft ist.

Diese Vorteile einer Intensivierung des Wettbewerbs würden nach Auffassung der Kommission auch bereits dann realisiert werden können, wenn zwar die Möglichkeiten des Versicherungswechsels verbessert werden, es im Ergebnis aber gar nicht zu einer nennenswerten Zunahme der praktizierten Wechsel kommt: Allein die Möglichkeit der Sanktionierung von Krankenversicherungsanbietern, mit denen die Versicherten unzufrieden sind, durch Kündigung der Versicherungsverträge und Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen zwingt die Versicherer, ihr Angebot im Sinne der Versicherten (der Neukunden und der älteren Versicherten) zu verbessern. Insoweit wird, ohne daß notwendigerweise viele Versicherungsnehmer tatsächlich das Versicherungsunternehmen wechseln, der Wettbewerb wirksam.

In der gegenwärtigen Situation kann es für Unternehmensgruppen von Versicherern attraktiv sein, neben den schon zu ihnen gehörenden Krankenversicherungsunternehmen weitere Krankenversicherer zu gründen und attraktive, neue Tarife in erster Linie über das neue Krankenversicherungsunternehmen

anzubieten. Insoweit würde das Recht der Versicherten aus § 178 f VVG, in andere Tarife desselben Versicherers umstufen zu können, faktisch leerlaufen. Auch aus diesem Grunde wäre es nach Auffassung der Kommission wünschenswert, wenn die Wechselmöglichkeiten zwischen den Unternehmen gestärkt werden könnten.

14.3 Auswirkungen der Wechselmöglichkeit auf die Beitragsbelastung

Unabhängig von der Detailausgestaltung möglicher Modelle zur Einführung einer Wechselmöglichkeit der Versicherten (vgl. dazu unten in Abschnitt 14.4) ist zentrales Element solcher Modelle, daß der wechselnde Versicherungsnehmer die ihm zuzurechnende Alterungsrückstellung „mitnehmen" kann und sie auf sein Versicherungsverhältnis beim neuen Versicherer übertragen wird. Damit entfällt die Möglichkeit der Vererbung der Alterungsrückstellung bei Wechsel des Versicherers und die Versicherer können insoweit keine Stornowahrscheinlichkeiten mehr in die Prämie einrechnen. Die Prämien würden sich daher gegenüber der derzeitigen Situation insoweit erhöhen.

Allerdings erhöht sich durch den Verzicht auf die Einrechnung von Stornowahrscheinlichkeiten nicht die Beitragsbelastung aller Versicherungsnehmer insgesamt, denn für die wechselnden Versicherten ergeben sich aufgrund der übertragenen Alterungsrückstellung entsprechend geringere Beiträge als in der derzeitigen Situation. Die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen führt daher zu einer Verschiebung der Beitragsbelastung von Versicherungsnehmern, die wechseln wollen, zu Versicherungsnehmern, die nicht wechseln wollen.

Diese Verschiebung der Beitragsbelastung ist ambivalent zu beurteilen: Einerseits gehen von einer Stärkung der Wechselmöglichkeit (wie skizziert) positive Wirkungen auf die Intensität des Wettbewerbs in der PKV aus. Andererseits sind gerade Krankenversicherungsverhältnisse in der substitutiven Krankenversicherung auf Langfristigkeit angelegt (woraus etwa der Ausschluß des ordentlichen Kündigungsrechts für den Versicherer in der substitutiven Krankenversicherung nach § 178 i VVG folgt); die Versicherungsnehmer, die ihr Versicherungsverhältnis langfristig bei einem Versicherer aufrecht erhalten, würden durch den Wegfall der Einrechnung der Stornowahrscheinlichkeit mehr belastet.

Insoweit durch eine Einführung der Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen das Ausmaß an Wechsel zwischen Versicherern zunimmt, werden die Verwaltungs- und Abschlußkosten der PKV-Unternehmen ansteigen, was letztlich über steigende Prämien allen Versicherungsnehmern zum Schaden gereicht. Allerdings kann der Anstieg der Abschlußkosten begrenzt werden. Denn der größte Teil der unmittelbaren Abschlußkosten besteht aus Provisionszahlungen an die Versicherungsvermittler. Wenn die Provisionsregelungen mehr an der Laufzeit der Versicherung als am Versicherungsabschluß ansetzen, lassen sich derartige Abschlußkosten senken. Provisionsregelungen, die übermäßige Anreize zum „Ausspannen" von Versicherungsnehmern bieten, weil sie den Wechsel, nicht aber die Bestandspflege belohnen, sind nach Auffassung der Kommission ohnehin problematisch.

14.4 Mögliche Ausgestaltungen einer Wechselmöglichkeit

Die Kommission hat mehrere Modelle diskutiert, wie der Wechsel des Krankenversicherungsunternehmens auch für ältere Versicherte ermöglicht werden könnte.

14.4.1 Mitgabe der kalkulierten Alterungsrückstellung

Um das durch den Verfall der Alterungsrückstellung bei Kündigung bewirkte Wettbewerbshemmnis zu beseitigen, könnten die Unternehmen verpflichtet werden, wechselnden Versicherungsnehmern die für sie kalkulierte Alterungsrückstellung auf den neuen Versicherer zu übertragen. Die durch das höhere Eintrittsalter beim neuen Versicherer höhere Prämie würde dann durch Einrechnen der „mitgebrachten" Alterungsrückstellung unter sonst gleichen Umständen ungefähr auf das Beitragsniveau des ursprünglichen Eintrittsalters sinken.

Dieses Modell würde aber zu unvertretbarer Risikoselektion führen: Wechselwillige Versicherungsnehmer, die zum Zeitpunkt des Wechsels gute Risiken sind (ohne inzwischen eingetretene das zukünftige Krankheitsrisiko erhöhende Faktoren), können von der durch Mitgabe der Alterungsrückstellung für sie realistisch gewordenen Wechselmöglichkeit Gebrauch machen. Bei wechselwilligen Versicherungsnehmern, die inzwischen zu schlechten Risiken geworden sind, würde das aufnehmende Krankenversicherungsunternehmen aber entsprechende Risikozuschläge oder Ausschlüsse von Vorerkrankungen verlangen oder den Abschluß einer Versicherung ganz ablehnen. Im Ergebnis könnten faktisch nur gute Risiken das Unternehmen wechseln, und damit würde die Wechselmöglichkeit die Bestandsmischung beim abgebenden Versicherer verschlechtern.

Unterstellt man, daß ein Wechsel tendenziell zu beitragsmäßig günstigeren Unternehmen erfolgt, so führt das Wechseln für die ohnehin teureren Unternehmen durch die Verschlechterung der Bestandsmischung zur Notwendigkeit weiterer Prämienerhöhungen mit der Folge weiteren Abgangs (relativ) guter Risiken usw. Dadurch wäre eine Tendenz zum Konkurs eines Teils der privaten Krankenversicherungsunternehmen gegeben.

Dieses Modell kann dem Gesetzgeber daher – in Übereinstimmung mit der Monopolkommission und der Deregulierungskommission – nicht empfohlen werden.

14.4.2 Kontrahierungszwang

Die sich im vorigen Modell ergebende Risikoselektion könnte durch einen gesetzlichen Kontrahierungszwang (*) für PKV-Unternehmen verhindert werden.

Würde der Kontrahierungszwang dabei in der Form eingeführt, daß die Unternehmen für Neukunden (einschließlich der Unternehmenswechsler) die Möglichkeit der Erhebung von Risikozuschlägen haben, so würde das Ziel der tatsächlichen Wechselmöglichkeit für alle Versicherungsnehmer nicht erreicht, da wiederum faktisch nur die guten Risiken wechseln könnten.

Würde dagegen die Höhe der zulässigen Risikozuschläge durch den Gesetzgeber begrenzt, ergäbe sich die Frage, wie die notwendigen Differenzbeträge finanziert werden sollen.

Unternehmen, die viele schlechte Risiken aufnehmen (müssen), wären gegenüber anderen benachteiligt. Die Chancengleichheit im Wettbewerb wäre nicht mehr gegeben. Aus diesem Grunde erfordert ein Kontrahierungszwang gleichzeitig einen unternehmensübergreifenden Risikoausgleich. Hierbei würden aber Unternehmen mit strenger Risikoprüfung mit Aufwendungen belastet, die dadurch entstanden sind, daß andere Unternehmen eine weniger strenge Gesundheitsprüfung bei der Antragsbearbeitung durchgeführt haben. Deshalb erfordert der Risikoausgleich auch eine Antragsbearbeitung und eine Schadenregulierung nach einheitlichen Grundsätzen. Da in der PKV die Tarife unterschiedliche Leistungen vorsehen, würden bei diesem Modell Unternehmen, die nur Tarife mit eingeschränkten Leistungen (z. B. begrenzt auf die Höchstsätze der GOÄ) führen, mit Schäden der Hochleistungstarife anderer Unternehmen belastet. Ein derartiges Ergebnis ist nach Auffassung der Kommission nicht vertretbar. Ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich setzt daher Einheitstarife voraus. Damit würde jedoch der Wettbewerb im Leistungsbereich ausgeschlossen. Das Ziel, zu dessen Erreichung der Kontrahierungszwang eingeführt würde, nämlich die Intensivierung des Wettbewerbs, würde so in einem wesentlichen Teilbereich gerade verfehlt.

Nach alledem kann ein Modell mit Kontrahierungszwang und unternehmensübergreifendem Risikoausgleich nach Auffassung der Kommission dem Gesetzgeber nicht empfohlen werden.

14.4.3 Mitgabe einer individuellen Alterungsrückstellung

Als weiteres Modell wurde diskutiert, den wechselnden Versicherungsnehmern nicht eine Alterungsrückstellung in der für sie kalkulierten Höhe mitzugeben, sondern in derjenigen Höhe, wie sie für den einzelnen Versicherten aufgrund seines Gesundheitszustandes erforderlich ist, um unter Hinzunahme der für ihn kalkulierten künftigen Beiträge die speziell bei ihm zu erwartenden Versicherungsleistungen finanzieren zu können (individuelle Alterungsrückstellung).

14.4.3.1 Grundzüge des Modells

Die Alterungsrückstellung hat die Aufgabe, die Finanzierung der im Alter im Durchschnitt stark ansteigenden Versicherungsleistungen bei konstanten Beiträgen zu ermöglichen. Das kommt in folgender Gleichung zum Ausdruck:

  zukünftige Beiträge (erwarteter Barwert)
+ Alterungsrückstellung
= zukünftige Leistung (erwarteter Barwert)

Für einen „durchschnittlichen" Versicherten geht diese Gleichung individuell auf: „Seine" Alterungsrückstellung reicht mit „seinen" zukünftigen Beiträgen gerade aus, um „seine" zukünftigen Leistungen zu finanzieren.

Während zu Beginn des Versicherungsvertrags jeder Versicherte aus der Sicht des Versicherungsunternehmens ein „durchschnittlicher" Versicherter ist (Versicherte, die schon zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages als schlechtere Risiken erscheinen, werden nur mit einem Risikozuschlag auf die Prämie versichert), ergibt sich im Laufe von 10 bis 20 Jahren, daß die verschiedenen Versicherten unterschiedlich gute Risiken darstellen. Wesentlicher Bestandteil des Krankenversicherungsvertrages ist es, daß von inzwischen zu schlechteren Risiken gewordenen Versicherten nicht höhere Prämien verlangt werden dürfen als von den übrigen Versicherten. Aufgabe der Krankenversicherung ist es vielmehr, einen Ausgleich zwischen den noch immer guten und den inzwischen schlechten Risiken herbeizuführen. Die obige Gleichung braucht also nicht individuell, sondern nur für das Kollektiv der jeweiligen Versichertengemeinschaft als ganzes zu gelten.

Verläßt nun ein gutes oder ein schlechtes Risiko das Versichertenkollektiv, so sinkt dadurch der erwartete Barwert der zukünftigen Leistungen unterschiedlich stark, so daß auch eine unterschiedliche Minderung der Alterungsrückstellung angemessen ist. Das heißt, daß die mitzugebende Alterungsrückstellung bei guten Risiken gering und bei schlechten Risiken hoch sein sollte. Grundgedanke des hier betrachteten Modells ist daher, dem wechselnden Versicherten seine individuelle Alterungsrückstellung mitzugeben, das ist diejenige Alterungsrückstellung, die sich aufgrund seiner individuell in der Zukunft zu erwartenden Krankenversicherungsleistungen gemäß der obigen Gleichung (individuell interpretiert) ergibt. Für das folgende wird zunächst angenommen, daß es möglich ist, die individuelle Alterungsrückstellung so zuverlässig zu ermitteln, daß sie von beiden am Wechsel beteiligten Versicherern akzeptiert wird (vgl. zu dieser Annahme unten 14.4.3.3).

Unter der gemachten Annahme führt das Modell dazu, daß sowohl gute als auch schlechte Risiken die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen Versicherer haben, so daß hierdurch keine negative Risikoselektion für das abgebende Unternehmen auftritt.

Der Grund dafür, daß auch schlechte Risiken den Versicherer wechseln können, ergibt sich aus deren

relativ hoher Alterungsrückstellung. Da sie ein höheres Risiko in bezug auf zukünftige Krankheitskosten aufweisen, ist ihnen vom abgebenden Versicherungsunternehmen eine höhere Alterungsrückstellung zuzurechnen. Berechnet das aufnehmende Versicherungsunternehmen ihnen eine gemäß ihrem höheren Krankheitsrisiko erhöhte Prämie, berücksichtigt andererseits aber gleichzeitig die vom Versicherten mitgebrachte, genau dieses erhöhte Krankheitsrisiko berücksichtigende, hohe Alterungsrückstellung, so dürfte sich bei ansonsten gleichen Umständen eine ungefähr gleich hohe Prämie ergeben wie für einen Versicherungswechsler, der ein gutes Risiko ist und entsprechend nur eine niedrige Alterungsrückstellung mitbringt.

Für das abgebende wie für das aufnehmende Versicherungsunternehmen bedeutet die Übertragung der individuell aufgeteilten Alterungsrückstellung unter den getroffenen Annahmen keinerlei positive oder negative Risikoselektion. Insbesondere kann das abgebende Versicherungsunternehmen den Weggang auch guter Risiken gelassen hinnehmen, da sich durch ihren Weggang die Alterungsrückstellung nur relativ wenig vermindert.

14.4.3.2 Weitere Aspekte des Modells

Die Kommission hat das unter 14.4.3.1 in seinen Grundzügen skizzierte Modell hinsichtlich einiger weiterer Aspekte untersucht.

14.4.3.2.1 Kalkulation und Bilanzierung der Alterungsrückstellung

Das Modell würde eine Modifikation der rechnungsmäßigen und bilanziellen Abwicklung der Alterungsrückstellung gegenüber der bisherigen Praxis bedingen. Die Kommission hat zwei mögliche Wege einer solchen Anpassung diskutiert:

Ein erster Ansatz geht davon aus, daß es im Rahmen dieses Modelles grundsätzlich möglich ist, die Alterungsrückstellungen nach wie vor im wesentlichen wie bisher zu kalkulieren und eine kalkulatorische und bilanzielle Modifikation nur für jene Versicherten vorzunehmen, die das Versicherungsunternehmen unter Mitnahme einer Alterungsrückstellung verlassen bzw. zu dem Unternehmen unter Mitgabe einer Alterungsrückstellung vom bisherigen Versicherer hinzukommen.

Auch bei einer Wechselmöglichkeit für die Versicherten kann die für ältere Versicherte prämiensenkende Wirkung der Alterungsrückstellungen („Anwartschaftsdeckungsverfahren") stets nur für ein Kollektiv von Versicherten kalkuliert werden. Für ein Kollektiv von 1 000 Versicherten (gleiches Eintrittsalter) ist die Alterungsrückstellung daher grundsätzlich wie bisher als das 1 000fache der durchschnittlich für einen einzelnen Versicherten erforderlichen Alterungsrückstellung zu kalkulieren und entsprechend zu bilanzieren.

Scheidet jetzt aber beispielsweise ein gutes Risiko unter Mitnahme einer unterdurchschnittlichen Alterungsrückstellung (Differenz zur durchschnittlichen Alterungsrückstellung: (ΔAR) aus dem Bestand aus, so ist eine Modifikation vorzunehmen: Der verbleibende Bestand von 999 Versicherten hat eine schlechtere Risikostruktur. Daher muß die für diesen Bestand bilanzierte Rückstellung mehr als das 999fache der normalen Alterungsrückstellung betragen. Der erforderliche Mehrbetrag entspricht gerade dem Betrag (ΔAR, um den die nach Weggang des guten Risikos verbleibende Summe der Alterungsrückstellungen größer ist als das 999fache der normalen Alterungsrückstellung.

Dieser Differenzbetrag muß daher den Alterungsrückstellungen des verbleibenden Kollektivs gegenüber der „Normalkalkulation" (das „999fache") zugeschlagen werden. Im Laufe der erwarteten Lebensdauer des ausgeschiedenen guten Risikos ist dieser Differenzbetrag zur Deckung der (überdurchschnittlichen) Kopfschäden des verbleibenden Kollektivs zu verwenden.

Ähnlich ist im Falle des Zugangs eines schlechten Risikos mit einer (um den Betrag (ΔAR) höheren als normalen Alterungsrückstellung die Rückstellung für das sich dadurch ergebende Kollektiv um (ΔAR höher auszuweisen.

Entsprechend ist umgekehrt zu verfahren, wenn ein schlechtes Risiko weggeht und ein gutes Risiko hinzukommt. Dadurch wird einerseits die Risikostruktur verbessert, andererseits sinkt die Gesamtsumme der noch vorhandenen Alterungsrückstellung für das veränderte Kollektiv. Daher ist ein entsprechender Abschlag auf die Rückstellung dieses Kollektivs vorzunehmen.

Sofern sich der Versichertenbestand des Unternehmens im übrigen nicht verändert hat, führt dieses Verfahren zu einem bilanziellen Ausweise von Alterungsrückstellungen in einer der jeweiligen Risikostruktur des Bestandes angemessenen Höhe.

Es fragt sich allerdings, ob er mit bilanziellen Grundsätzen in Übereinklang zu bringen ist. Die in der Bilanz ausgewiesene Alterungsrückstellung muß (entsprechend der oben unter 14.4.3.1 skizzierten Gleichung) den zu erwartenden Verpflichtungen der Unternehmen entsprechen. Hat sich aber aufgrund einer Kumulation von Zufallsrisiken der Bestand des Versicherungsunternehmens verschlechtert, entspricht die Summe der nach dem bisherigen Verfahren kalkulierten Alterungsrückstellungen nicht mehr der Summe der individuellen Alterungsrückstellungen, die die Versicherungsnehmer bei Wechsel des Versicherers jederzeit „mitnehmen" könnten.

Die Kommission hat daher einen zweiten Ansatz diskutiert. Dieser zweite Ansatz würde allerdings eine erheblich weitergehende Veränderung der Kalkulation der PKV bedeuten. Nach diesem Ansatz wäre nicht nur zum Zeitpunkt des Wechsels des Versicherungsunternehmens die individuelle Alterungsrückstellung zu ermitteln. Vielmehr müßte zu jedem Bilanzstichtag für jeden der Versicherten der individuelle Gesundheitszustand ermittelt und entsprechend eine, diesem Gesundheitszustand Rechnung tragende, individuelle Alterungsrückstellung kalku-

liert werden. Die Summe dieser individuellen Alterungsrückstellungen aller Versicherten wäre als Bilanzalterungsrückstellung auszuweisen.

Das zweite der hier vorgestellten Verfahren ist aufgrund der Notwendigkeit, für die gesamten Versichertenbestände regelmäßig die individuellen Alterungsrückstellungen zu ermitteln, erheblich verwaltungsaufwendiger. Es würde nach Auffassung der Kommission die Praktikabilität des gesamten, hier diskutierten Modelles erheblich beeinträchtigen.

14.4.3.2.2 Aufbringung der Mittel für die Mitgabe hoher Alterungsrückstellungen

Gegen das Modell könnte eingewandt werden, einem viele schlechte Risiken abgebenden Unternehmen werde es möglicherweise Schwierigkeiten bereiten, die dazu erforderlichen hohen Mittel für die hohen individuellen Alterungsrückstellungen der wechselnden Versicherten aufzubringen.

Bei solchen Schwierigkeiten wird es sich häufig jedoch nur um temporäre Liquiditätsschwierigkeit handeln, da ja mitgegebenen Alterungsrückstellungen zukünftige Einsparungen des abgebenden Unternehmens in gleicher Höhe gegenüberstehen. Diese Liquiditätsprobleme können daher durch eine ratierliche Übertragung der Alterungsrückstellungen an das aufnehmende Versicherungsunternehmen gelöst werden, weil dieses die Mittel in entsprechender Höhe ja erst in der Zukunft benötigt.

14.4.3.2.3 Abstimmungsprobleme zwischen abgebendem und aufnehmendem Unternehmen

Ein Problem für das Funktionieren des vorgeschlagenen Verfahrens könnte man darin vermuten, daß das abgebende Versicherungsunternehmen dem ausscheidenden Versicherungsnehmer jeweils möglichst wenig Alterungsrückstellung mitzugeben bestrebt ist, während das aufnehmende Versicherungsunternehmen an einer möglichst hohen mitgebrachten Alterungsrückstellung interessiert ist. Durch ein solches Verhalten – so könnte vermutet werden – wären die Wechselmöglichkeiten doch wesentlich eingeschränkt.

Diese Vermutung greift aber nicht unter der oben (Abschnitt 14.4.3.1) gemachten Annahme, daß sich die individuelle Alterungsrückstellung so zuverlässig ermitteln läßt, daß sie von den am Wechsel beteiligten Versicherungsunternehmen akzeptiert wird. Unter dieser Annahme ist dem Versicherungsnehmer nämlich gegen das abgebende Versicherungsunternehmen ein Anspruch auf Mitgabe der richtig ermittelten individuellen Alterungsrückstellung einzuräumen.

Auf der anderen Seite gibt es auch für das aufnehmende Versicherungsunternehmen keinen Grund, einen Versicherten, selbst wenn er mit Vorerkrankungen belastet ist, nicht zu einer versicherungstechnisch angemessenen Prämie zu versichern. So kann der Abschluß eines Versicherungsvertrags mit einem Versicherungswechsler, der wegen seines schlechten Gesundheitszustandes eine entsprechend höhere Alterungsrückstellung mitbringt (die annahmegemäß so ermittelt ist, daß sie dem individuellen zu erwartenden Krankheitsrisiko des Versicherten entspricht), genauso lohnend sein, wie die Übernahme eines guten Risikos mit einer mitgebrachten entsprechend niedrigeren Alterungsrückstellung.

14.4.3.2.4 Transaktionskosten des Wechsels des Versicherungsunternehmens

Die – in diesem Modell annahmegemäß als möglich angesehene – Ermittlung der Höhe der angemessenen individuellen Alterungsrückstellung setzt eine kostenintensive Informationsbeschaffung und -auswertung voraus. Sofern die individuelle Alterungsrückstellung (wie in dem unter Abschnitt 14.4.3.2.1 zunächst beschriebenen ersten kalkulatorischen und bilanziellen Ansatz) zum Zeitpunkt eines möglichen Wechsels erfolgt, entstehen zu diesem Zeitpunkt für den abgebenden wie für den aufnehmenden Versicherer diese Transaktionskosten, die der wechselwillige Versicherungsnehmer tragen müßte. Die zu tragenden Kosten werden sich auf die Bereitschaft zum Wechseln auswirken.

Erheblich größer wäre allerdings der Kostenblock, wenn (wie in dem unter Abschnitt 14.4.3.2.1 beschriebenen zweiten kalkulatorischen und bilanziellen Ansatz) jeweils zum Bilanzstichtag für sämtliche Versicherten die individuellen Alterungsrückstellungen ermittelt werden müßten. Diese Kosten wären, da sie für alle Versicherten entstehen, auch auf alle Versicherten zu verteilen. Zudem müßte der wechselwillige Versicherte die Transaktionskosten, die bei dem aufnehmenden Versicherer zur Verifikation der individuellen Alterungsrückstellung entstehen, tragen.

14.4.3.3 Die Ermittlung der individuellen Alterungsrückstellungen als zentrales Problem des Modells

Das Modell wäre (wie bereits skizziert) dann realisierbar, wenn die individuelle Alterungsrückstellung wechselwilliger Versicherter so zuverlässig ermittelt werden könnte, daß sie von den am Wechsel beteiligten Versicherungsunternehmen als richtig akzeptiert würde. Unter dieser Prämisse hat die Kommission oben die Grundzüge des Modells dargestellt und weitere Aspekte einschließlich der mit ihnen verbundenen Probleme untersucht. Die Kommission ist allerdings zu der Auffassung gekommen, daß diese zentrale Prämisse des Modells gegenwärtig nicht realisiert ist.

14.4.3.3.1 Fehlende Datengrundlagen

Um die angemessene individuelle Alterungsrückstellung bestimmen zu können, müßten für einzelne Versicherte in Abhängigkeit von ihrer inzwischen eingetretenen individuellen Risikosituation (Erkrankungen, Krankheitsneigungen usw.) diejenigen positiven oder negativen Beträge ermittelt werden, um die für sie die in der Prämienkalkulation angesetzte durchschnittliche Alterungsrückstellung zu erhöhen bzw.

zu senken sind. Dazu wären Statistiken über durchschnittliche Folgebehandlungskosten, Sterblichkeiten in Abhängigkeit von Erkrankungen u. ä. erforderlich. Präzise Rechnungsgrundlagen über diese Zusammenhänge fehlen aber bisher. Dies gilt insbesondere auch bei vorliegender Multimorbididät (*), wie sie für viele ältere Versicherte typisch ist. Auch sind der Gesundheitszustand der Versicherten (etwa bei Selbstbehalttarifen oder infolge der Politik der Barausschüttungen an leistungsfreie Versicherte) und die auf subjektiven Einflüssen beruhende Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen den Unternehmen nicht immer vollständig bekannt.

Zwar führen Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen im Zusammenhang mit der Festlegung von Risikozuschlägen schon bisher ähnliche Kalkulationen durch in bezug auf erhöhte Versicherungsleistungen bzw. in bezug auf erhöhtes Sterberisiko bei Vorerkrankungen. Die dafür verwendete Informationsbasis erscheint aber zu schwach für die Berechnung individueller Alterungsrückstellungen in der PKV. Dies zeigt sich etwa auch daran, daß die Unternehmen gegenwärtig bei identischen Vorerkrankungen höchst unterschiedliche Schlußfolgerungen über die Höhe eines Risikozuschlages oder den Umfang eines Leistungszuschusses ziehen.

14.4.3.3.2 Kumulation von Zufallsrisiken bei wechselwilligen Versicherten

Als schwierig würden sich bei der Ermittlung der angemessenen mitzugebenden individuellen Alterungsrückstellung auch Konstellationen erweisen, in denen aufgrund einer Kumulation von Zufallsrisiken überdurchschnittlich viele schlechte Risiken das Unternehmen verlassen wollen. Würden diese wechselwilligen schlechten Risiken bei dem Unternehmen verbleiben, würden sie im Laufe des Versicherungslebens im Rahmen von Nachkalkulationen an der Finanzierung der durch die Kumulation von Zufallsrisiken bewirkten Risikoverschlechterung beteiligt. Es erscheint daher unplausibel, daß sie sich durch Versicherungswechsel dieser Mitfinanzierung entziehen könnten. Dies würde aber geschehen, wenn ihnen eine individuelle Alterungsrückstellung mitgegeben würde, die die vollen zu erwartenden Kopfschäden abdeckt und von den verbleibenden Versicherten zu finanzieren wäre. Vielmehr müßte der Finanzierungsbeitrag an der durch die Kumulation von Zufallsrisiken ausgelösten Risikoverschlechterung, den die Versicherten bei Verbleib im Unternehmen ebenfalls tragen müßten, ermittelt und in Abzug gebracht werden.

14.4.3.3.3 Das Problem künftiger Kostensteigerungen

Zusätzliche Probleme ergeben sich aus den speziellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die etwa auf medizinischem Fortschritt oder einer Änderung der Restlebenserwartungen beruhen. Im Zeitpunkt eines Versicherungswechsels ist die Information über die Höhe dieser in der Zukunft eintretenden Kostensteigerungen unvollständig.

Soweit der wechselnde Versicherte ein durchschnittliches Risiko darstellt, wird er durch die im aufnehmenden Unternehmen in der Zukunft vorgenommenen Prämienerhöhungen angemessen (in gleicher Weise wie der Bestand in dem neuen Tarif, in den er gewechselt ist) an der Finanzierung der höheren Kosten beteiligt.

Für einen wechselnden Versicherten, der ein schlechtes Risiko ist, wird in der individuellen Alterungsrückstellung die überdurchschnittliche Inanspruchnahme von Leistungen für die gegenwärtige Kostensituation berücksichtigt. Würden bei der Ermittlung der Alterungsrückstellung zukünftige Kostensteigerungen nicht berücksichtigt, so würden die Versicherten des neuen Tarifs an den vom gewechselten Versicherten in Anspruch genommenen überdurchschnittlichen Leistungserhöhungen (durch Kostensteigerungen) durch die für sie eintretenden Prämienerhöhungen beteiligt. Entsprechend würden die Versicherten des Tarifs, aus dem der Versicherungswechsler ausscheidet, bezüglich künftiger Prämienerhöhungen entlastet.

Um diese unvertretbare Belastungsverschiebung zu vermeiden, müßten die Auswirkungen künftiger spezieller Kostensteigerungen im Gesundheitswesen daher zutreffend ermittelt und in die mitzugebende Alterungsrückstellung eingerechnet werden.

14.4.3.4 Abschließende Beurteilung

Insgesamt ist die Kommission nach Diskussion aller dieser Aspekte zu der Auffassung gekommen, daß dieses Modell einen theoretisch attraktiven und theoretisch weiterführenden Ansatz für eine Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung (und damit für die Erleichterung der Wechselmöglichkeiten der Versichertenbestände) darstellt, daß jedoch theoretische Fragen offen sind und es in praktischer Hinsicht erhebliche Probleme aufweist, so daß es dem Gesetzgeber derzeit nicht empfohlen werden kann. Insbesondere erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht realisierbar, die mitzugebende individuelle Alterungsrückstellung mit der erforderlichen Sicherheit zu bestimmen.

15 Informationspflichten bei Prämienerhöhung

Die Bestimmung des § 178f des Versicherungsvertragsgesetzes ist eine wesentliche Bestimmung zum Schutz der älteren Versicherten. Sie soll es insbesondere dieser Personengruppe ermöglichen, Prämiensteigerungen in ihrem Tarif durch Wechsel in einen anderen Tarif des Versicherers zu entgehen, dies auch vor dem Hintergrund, daß ein Wechsel des Unternehmens älteren Versicherten vielfach kaum möglich ist (vgl. Kapitel 14). Damit der Versicherungsnehmer auch tatsächlich von diesem Umstufungsrecht Gebrauch machen kann, ist es unerläßlich, daß er von Tarifen erfährt, in die er sinnvollerweise umstufen könnte. Da es in der Regel nicht im Interesse der Versicherungsunternehmen liegt, die älteren Versicherungsnehmer von sich aus auf Umstufungsmöglichkeiten in andere günstigere Tarife aufmerksam zu machen, hält es die Kommission für erforderlich, die Informationspflichten in der Anlage zum VAG Teil D entsprechend zu ergänzen.

Anläßlich einer Prämienerhöhung sollte daher jeder Versicherte auf das Bestehen des Umstufungsrechts nach § 178f VVG hingewiesen werden. Ältere Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, sollten darüber hinaus vom Versicherungsunternehmen Tarife genannt bekommen, die gleiche Leistungsbereiche wie die bisherigen enthalten, bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde und die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen. Um den Informationsaufwand für die Unternehmen sinnvoll zu begrenzen und zu vermeiden, daß der Versicherungsnehmer mit einer nicht mehr zu überblickenden Vielzahl von Tarifen überschüttet (und damit letztlich desinformiert) wird, sollen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Die Kommission hält es für vertretbar, die Unternehmen zu verpflichten, dem Versicherungsnehmer die Prämie anzugeben, die für die versicherten Personen zu zahlen wäre, wenn sie in die ihm genannten Tarife wechseln würden.

Die Versicherungsunternehmen sollen außerdem verpflichtet werden, für Versicherten, bei denen die Voraussetzungen für den Wechsel in den Standardtarif gegeben sind, auf den Standardtarif und die darin zu zahlende Prämie hinzuweisen. Obwohl der Standardtarif gerade für die älteren Versicherten, die die Prämien in anderen Tarifen nicht mehr bezahlen könnten, entwickelt wurde, wird er den Versicherungsnehmern nach den Erkenntnissen der Kommission von den Unternehmen nur selten angeboten.

Die Erweiterung der Informationspflichten über Umstufungsmöglichkeiten in andere Tarife wird dazu führen, daß die Zahl der Versicherungsnehmer, die vom Umstufungsrecht nach § 178f VVG Gebrauch machen, gegenüber heute ansteigen wird. Die Kommission sieht es als sinnvoll an, daß die Versicherungswirtschaft beobachtet, ob aus der künftigen Wahrnehmung des Wechselrechts Entmischungen der Risikostrukturen der Versichertenbestände erfolgen, die für die Versicherten in den aufnehmenden oder in den abgebenden Tarifen zu Nachteilen führen. Die Kommission regt für den Fall, daß solche nachteiligen Wirkungen zukünftig beobachtet werden sollten, an, daß die Versicherungswirtschaft adäquate kalkulatorische Maßnahmen ergreift, mit denen diesen Wirkungen begegnet werden kann.

Der Vorschlag der Kommission an den Gesetzgeber lautet:

In der Anlage zum VAG Teil D wird unter Abschnitt II folgende Nummer 4 angefügt:

„4. bei Krankenversicherungen nach § 12 Abs. 1

bei jeder Prämienerhöhung Hinweis auf das Bestehen des Umstufungsrechts unter Beifügung des Textes der gesetzlichen Regelung. Bei Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, ist der Versicherungsnehmer auf Tarife, die gleiche Leistungsbereiche enthalten wie die bisher vereinbarten Tarife und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde, hinzuweisen. Dieser Hinweis muß Tarife enthalten, die bei verständiger Würdigung der Interessen des Versicherungsnehmers für eine Umstufung besonders in Betracht kommen; jedoch dürfen nicht mehr als zehn Tarife genannt werden. Dabei ist jeweils anzugeben, welche Prämien für die versicherten Personen zu zahlen wären, wenn sie in diese Tarife wechseln würden. Bei Versicherten, bei denen die Voraussetzungen für einen Wechsel in den Standardtarif gegeben sind, ist auch die Prämie, die im Standardtarif zu zahlen wäre, mitzuteilen."

16 Der Standardtarif

Bereits mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat der Gesetzgeber es zur Voraussetzung für die Erlangung der Arbeitgeberzuschusses für in der PKV versicherte Arbeitnehmer gemacht, daß die PKV-Unternehmen einen brancheneinheitlichen Standardtarif für solche älteren Versicherten anbieten, die wenigstens 65 Jahre alt sind und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in der PKV verfügen (§ 257 Abs. 2 a Satz 1 Nr. 2 SGB V). Das Leistungsniveau des Standardtarifes entspricht in etwa dem Leistungsangebot der GKV. Der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV nicht überschreiten; da die zuvor angesammelten Alterungsrückstellungen bei Wechsel in den Standardtarif voll angerechnet werden, liegen die tatsächlichen Prämien in der Regel deutlich unter dem Höchstbeitrag. Die Beitragsgarantie des Standardtarifes wird durch einen Zuschlag auf die Bruttoprämie der Tarife, bei denen ein Recht zum Wechsel in den Standardtarif besteht, finanziert.

Da der Gesetzgeber zugleich festgelegt hat, daß PKV-Versicherte im Alter in aller Regel nicht in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren können, ist der Standardtarif nach Auffassung der Kommission ein wichtiger Schritt sicherzustellen, daß ältere PKV-Versicherte die Gewißheit haben, auch bei finanziellen Schwierigkeiten einen finanzierbaren Krankenversicherungsschutz mit medizinisch ausreichendem Versorgungsniveau wählen zu können. Die Kommission stellt fest, daß bislang nur einige hundert Versicherte im Standardtarif versichert sind. Die gelegentlich hieraus gezogene Schlußfolgerung, es bestünde kein Bedarf für den Standardtarif, hält die Kommission indes für voreilig. Offenbar hat die Existenz des Standardtarifes die Entwicklung von unternehmensspezifischen Basisangeboten (vgl. dazu auch Abschnitt 5.5.1) ebenso verstärkt wie die Suche nach Möglichkeiten, die Prämien durch Abwahl bzw. Wechsel einzelner Tarifbausteine zu reduzieren.

Da im Alter die Möglichkeit, zur gesetzlichen Krankenversicherung zu wechseln, nicht mehr besteht, hält es die Kommission für erforderlich, die sozialpolitische Schutzfunktion des Standardtarifs auszubauen. Die Kommission hat daher folgende Veränderungsmöglichkeiten erwogen:

- Absenkung des Zugangsalters zum Standardtarif. Auch vor dem 65. Lebensjahr kann es älteren Versicherten Schwierigkeiten bereiten, die Beiträge für ihren privaten Krankenversicherungsschutz aufzubringen. Die Kommission schlägt daher vor, den Zugang zum Standardtarif bereits für Versicherte, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, zu öffnen. Diese Altersgrenze erscheint auch vor dem Hintergrund sinnvoll, daß der von der Kommission vorgeschlagene obligatorische Beitragszuschlag zur Finanzierung einer Beitragsermäßigung im Alter (vgl. dazu Abschnitt 8.3.7) mit dem 60. Lebensjahr nicht mehr erhoben wird.
- Die Kommission hat eingehend auch die Frage einer Reduzierung der Vorversicherungszeit, die Voraussetzung zum Zugang in den Standardtarif ist, diskutiert. Die Kommission sieht, daß es im Einzelfall wünschenswert erscheinen könnte, Personen, deren finanzielle Verhältnisse sich nach Beitritt zu PKV verschlechtert haben, schon nach einer kürzeren Zeit als zehn Jahren den Zugang zum Standardtarif zu ermöglichen. Auf der anderen Seite ist allerdings zu berücksichtigen, daß bei einer Verkürzung der Vorversicherungszeit bestimmte Personenkreise daran interessiert sein könnten, nur deswegen in die PKV einzutreten, weil sie bereits kurze Zeit später einen Wechselanspruch in den Standardtarif hätten. Dies erscheint nicht wünschenswert. Die Kommission schlägt daher vor, bei der Vorversicherungszeit keine Veränderung vorzunehmen.
- Die Beitragsentlastung durch den Standardtarif kommt bei Ehepaaren nur begrenzt zum Tragen, da diese gegenwärtig zweimal den Beitrag zum Standardtarif zu entrichten haben, während in der GKV in vielen Fällen für einen der beiden Ehegatten beitragsfreie Familienversicherung besteht. Dies erscheint unbefriedigend. Die Kommission schlägt daher vor, für Ehepartner, deren gemeinsames Gesamteinkommen (im Sinne des § 16 SGB IV) unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der GKV liegt, den gemeinsam zu zahlenden Beitrag im Standardtarif auf maximal 150% des Höchstbeitrages der GKV zu begrenzen.
- Beamte haben zwar nach Artikel 32 GSG das Recht, ihren Krankenversicherungsvertrag außerordentlich zu kündigen, wenn er nicht den in § 257 Abs. 2 a SGB V genannten Voraussetzungen entspricht; der Standardtarif kommt bei ihnen allerdings wegen des bestehenden Beihilfeanspruchs nicht zum Tragen. Vor dem Hintergrund, daß auch (pensionierte) Beamte im Alter finanzielle Schwierigkeiten bei der Absicherung des privaten Krankenversicherungsschutzes haben können, schlägt die Kommission vor, das Sonderkündigungsrecht auch für den Fall einzuführen, daß die Unternehmen keinen „beihilfekonformen" Standardtarif anbieten, dessen Höchstbeitrag in der Relation zum GKV-Höchstbeitrag steht, in der der die Beihilfe ergänzende private Krankenversicherungsschutz zu einer vollen Absicherung in der privaten Krankenversicherung steht.
- Die Kommission geht davon aus, daß die Herabsetzung des Zugangsalters auf 60 Jahre, die Begrenzung des Höchstbeitrages für Ehepartner unter bestimmten Voraussetzungen sowie die Ein-

führung eines beihilfekonformen Standardtarifes zu einem verstärkten Wechsel von Versicherten in den Standardtarif und zu einer Erhöhung des Kappungsbedarfes beim GKV-Höchstbeitrag führen wird. Aufgrund der unterschiedlichen Altersstrukturen der Versicherten in den PKV-Unternehmen wird dieser verstärkte Kappungsbedarf die einzelnen Unternehmen sehr unterschiedlich treffen. Damit kein Unternehmen übermäßig durch die Beitragsgarantie des Standardtarifes belastet wird, hat der Gesetzgeber in § 257 Abs. 2 b SGB V einen unternehmensübergreifenden finanziellen Spitzenausgleich vorgesehen. Die einmal verabschiedete Ausgestaltung des Spitzenausgleiches kann sich bei sich änderender Zahl der im Standardtarif Versicherten als nicht mehr sachgerecht erweisen. Die Kommission ist daher der Auffassung, daß das BAV bei der gegenüber dem Versicherungsunternehmen auszustellenden Bestätigung, daß die Versicherungsverträge die Voraussetzungen für einen Arbeitgeberzuschuß erfüllen, auch bestätigen muß, daß das Ziel eines Ausgleichs der Belastungen für die beteiligten Krankenversicherer durch den Spitzenausgleich erreicht wird. Daher ist die Bescheinigung jeweils zeitlich zu befristen.

– Die Tarifbedingungen zum Standardtarif sehen gegenwärtig vor, daß der Tarif nicht in Verbindung mit einer Zusatzversicherung gewählt werden darf. Dies wird teilweise kritisiert, weil es die Wahl des Standardtarifes wenig attraktiv mache. Die Kommission hat diese Regelung eingehend diskutiert. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, die Beibehaltung der Regelung zu empfehlen, da eine Aufhebung des Koppelungsverbotes zu wenig plausiblen Quersubventionen zwischen Versicherten im Standardtarif und Versicherten ohne Standardtarif bei im Ergebnis gleichen Leistungsansprüchen führen würde. Auf längere Sicht würde dies zu einer sachlich nicht schlüssig begründbaren erheblichen Abkehr vom Äquivalenzprinzip führen. Auch wäre eine Honorarbegrenzung für Ärzte bei Versicherten des Standardtarifes (die die Kommission in Abschnitt 18.4 dieses Gutachtens vorschlägt) kaum plausibel, wenn diese Versicherten im Ergebnis einen „vollen" privaten Versicherungsschutz besäßen.

Die Kommission schlägt damit insgesamt vor, § 257 Abs. 2a SGB V wie folgt zu ändern:

a) § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 2 wird wie folgt gefaßt:

„sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt und dessen Beitrag für Ehegatten insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das Jahres-Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) der Ehegatten die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt,"

b) § 257 Abs. 2 a Satz 3 SGB V wird wie folgt gefaßt:

„Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, daß die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, daß es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt und der finanzielle Spitzenausgleich nach Absatz 2 b eine gleichmäßige Belastung der die nach Absatz 2 zuschußberechtigte Krankenversicherung betreibenden Krankenversicherungsunternehmen bewirkt."

c) Folgender Satz 4 wird angefügt:

„Die Bestätigung der Aufsichtsbehörde ist jeweils auf drei Jahre befristet zu erteilen."

Die Kommission schlägt weiterhin vor, Artikel 32 GSG wie folgt zu ändern:

Es wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, können auch eine Bescheinigung darüber verlangen, daß das Unternehmen versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, das 60. Lebensjahr vollendet haben und über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutz oder einem nach § 257 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zuschußberechtigten Versicherungsschutz verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anbietet, dessen die Beihilfe ergänzende Leistungen den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag den anteiligen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung, der sich aus der Gegenüberstellung des die Beihilfe ergänzenden Versicherungsschutzes zu einem vollen privaten Krankenversicherungsschutz ergibt, nicht übersteigt."

Die bisherigen Sätze 2 und 3 des Artikel 32 GSG werden Sätze 3 und 4.

17 Realwertsicherung in der Krankentagegeldversicherung

Die Kommission hat Überlegungen angestellt, ob Maßnahmen zur Sicherung des Realwerts in der Krankentagegeldversicherung erforderlich sind.

17.1 Die Beitragsentwicklung in der Krankentagegeldversicherung

Bei der Krankentagegeldversicherung ist der Versicherer verpflichtet, den als Folge von Krankheit oder Unfall durch Arbeitsunfähigkeit verursachten Verdienstausfall durch das vereinbarte Krankentagegeld zu ersetzen (vgl. § 178 b Abs. 3 VVG). Es handelt sich bei dieser Sparte praktisch um eine unechte Summenversicherung.

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankentagegeldversicherung enthielten früher keine Beitragsanpassungsklausel (*), jedoch konnten die Beiträge nach § 18 Abs. 1 MB/KT (*) 78 mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde erhöht werden. Die Gesetzesbestimmung des § 12 b Abs. 2 VAG, die mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG eingeführt worden ist, verpflichtet die Versicherer, künftig auch in der Krankentagegeldversicherung jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Leistungen zu vergleichen.

Beitragsanpassungen (*) sind in der Krankentagegeldversicherung relativ selten und nur dann erforderlich, wenn die Anzahl der tatsächlichen Krankentage vom rechnungsmäßigen Ansatz abweicht.

Andererseits besteht bei vielen Versicherten das Bedürfnis, das Krankentagegeld den gestiegenen Einkommen entsprechend anzupassen. Die PKV bietet deshalb Krankentagegeldtarife mit und ohne Leistungsanpassungsklauseln an. Dabei können zwei Arten von Leistungsanpassungsklauseln unterschieden werden. Entweder bietet der Versicherer dem Versicherungsnehmer in festgelegten Zeiträumen eine Leistungsanpassung an, oder der Versicherte hat bei Erhöhung seines Einkommens einen Anspruch, sein Krankentagegeld zu erhöhen. Grundsätzlich ist jedoch die Höhe des versicherbaren Krankentagegeldes auf das Nettoeinkommen beschränkt (§ 4 Abs. 2 MB/KT (*) 94). Bei Leistungsanpassungen wird auf eine erneute Wartezeit und auf eine Risikoprüfung verzichtet.

Bei jeder Leistungsanpassung wird der Beitrag für das zusätzliche Krankentagegeld unter Zugrundelegung des erreichten Alters ermittelt. Will der Versicherte den realen Wert seiner Krankentagegeldversicherung erhalten und nimmt an den Leistungsanpassungen teil, so steigt nach dem Kalkulationsverfahren in der PKV sein insgesamt zu zahlender Beitrag prozentual stärker an als das Krankentagegeld.

17.2 Überschußbeteiligung

§ 12 a VAG sieht für die Krankentagegeldversicherung eine Direktgutschrift nicht vor. Die Versicherten sind jedoch nach den Tarifbedingungen grundsätzlich am Überschuß beteiligt. In der Praxis werden Barausschüttungen in der Krankentagegeldversicherung nicht sehr häufig vorgenommen. Da – wie bereits erläutert – Beitragsanpassungen (*) in der Krankentagegeldversicherung relativ selten sind, werden auch Beträge zur Limitierung nur vereinzelt benötigt.

Die Kommission hat geprüft, ob auch für die Krankentagegeldversicherung eine Direktgutschrift eingeführt oder auf andere Weise sichergestellt werden sollte, daß die Versicherten angemessen am Überschuß beteiligt werden.

Nimmt der Versicherte immer an den Leistungsanpassungen teil, steigt die Beitragsbelastung, wie Modellrechnungen gezeigt haben, nicht unerheblich an. Eine Direktgutschrift könnte diese Entwicklung dämpfen.

Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, daß der Versicherte die freie Entscheidung hat, ob er an der Leistungsanpassung teilnimmt. Darüber hinaus endet die Krankentagegeldversicherung in der Regel mit der Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten, so daß sich die Problematik steigender Beiträge nicht im gleichen Maße wie in der Krankheitskostenversicherung stellt.

Es wurde diskutiert, ob für die Krankentagegeldversicherung ein gesonderter Abrechnungsverband innerhalb der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (*) gebildet werden sollte, um auch diese Versicherten angemessen am Überschuß zu beteiligen.

Nach § 257 Abs. 2 SGB V erhalten die Versicherten nur dann einen Beitragszuschuß, wenn sich das Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet hat, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden. Es erscheint fraglich, ob der Sinn dieser Regelung erfüllt ist, wenn die Versicherten der Krankentagegeldtarife in der Praxis bei den meisten Versicherungsunternehmen niemals eine Überschußbeteiligung erhalten, sondern diese Mittel für die Versicherten der Krankheitskostentarife verwendet werden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, daß sehr viele Versicherungsnehmer, die eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, ihre Krankheitskostenversicherungen beim gleichen Versicherer führen und damit in den Genuß der Überschüsse kom-

men, die in der Krankentagegeldversicherung angefallen sind.

Darüber hinaus ist die Beitragskalkulation in der Krankentagegeldversicherung auf ein Endalter von 65 Jahren abgestellt, so daß sich deutlich geringere Alterungsrückstellungen als in der Krankheitskostenversicherung bilden. Entsprechend geringer sind auch die Zinsüberschüsse.

Die Kommission hat deshalb davon abgesehen, die Einrichtung eines gesonderten Abrechnungsverbandes innerhalb der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung für die Krankentagegeldversicherung zu empfehlen. Die Unternehmen bleiben jedoch aufgerufen, bei ihrer Überschußbeteiligungspolitik auch die Interessen der Krankentagegeldversicherten angemessen zu berücksichtigen.

18 Kostendämpfung und Kostensteuerung für die PKV-Versicherten

18.1 Ausgabenentwicklung als Ursache steigender Beiträge

Die Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten ist wesentlich beeinflußt durch die Ausgabenentwicklung der PKV für Gesundheitsleistungen. Bereits vergleichsweise „kleine" jährliche Wachstumsraten der Pro-Kopf-Ausgaben bewirken auf längere Zeiträume, daß für ältere Versicherte erhebliche Einkommensteile für Krankenversicherungsschutz aufzuwenden sind (vgl. Anhang I, insbesondere Abbildung 2). Die Kommission geht daher davon aus, daß im Rahmen einer Verstetigung der Beitragsentwicklung in der PKV insbesondere für ältere Versicherte alle Anstrengungen zu einer Begrenzung künftiger Ausgabensteigerungen unternommen werden müssen. So wie der Gesetzgeber und die übrigen Beteiligten im System der GKV auf die seit Beginn der siebziger Jahre im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Versicherten überproportional steigenden Leistungsausgaben der Krankenkassen mit einer Politik der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und der „Kostendämpfung" reagiert haben, so kann es auch in Bezug auf die PKV nicht nur darum gehen, eine als „gegeben" angenommene Ausgabenentwicklung möglichst „gerecht", „wettbewerbsneutral" und „effizient" unterschiedlichen Kohorten und Versichertengruppen im Wege verschiedener Kalkulationsmodelle zuzuordnen – vielmehr müssen die Beteiligten darauf hinwirken, daß die Ausgabensteigerung selber sich möglichst in finanzierbarem Rahmen hält. Die Kommission hat es daher auch als ihre Aufgabe angesehen, die Bedingungen für eine erfolgreiche Ausgabensteuerung in der PKV zu untersuchen und Lösungsvorschläge zu entwickeln.

Die Ausgabenentwicklung in der PKV ist allerdings von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, die nur teilweise von den Beteiligten beeinflußbar sind. So ist insbesondere die Entwicklung der Altersstruktur der Versicherten [13]) und der alters- und geschlechtsspezifischen Morbidität ebenso wie der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt weitgehend einer gezielten Beeinflussung entzogen. Andererseits sind das Leistungsversprechen der PKV und die Anreizstrukturen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die PKV-Versicherten sowie die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für die Leistungserbringer und die daraus resultierenden Anreize bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen für die PKV-Versicherten durch den Gesetz- und Verordnunggeber, aber auch durch Maßnahmen der privaten Krankenversicherung steuerbar. Die nachfolgenden Vorschläge beschränken sich auf diejenigen Faktoren, die einer Steuerung zugänglich sind. Gerade weil von den nicht-steuerbaren Faktoren teilweise eine erhebliche expansive Dynamik ausgeht – dies gilt nach übereinstimmender Auffassung der medizinischen und ökonomischen Sachverständigen, die die Kommission angehört hat, insbesondere für die sich kumulierenden Wirkungen von absehbarer demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt –, kommt einer konsequenten Realisierung vorhandener Steuerungspotentiale erhebliche Bedeutung zu.

18.2 Ausgabensteuerung durch Tarifgestaltungen der PKV

Die Kommission geht daher davon aus, daß die PKV-Unternehmen die eigenen Möglichkeiten der Ausgabensteuerung über die bisher bereits angewandten Instrumente hinaus verstärkt nutzen müssen. Zunächst bestehen solche Möglichkeiten für die PKV-Unternehmen in ihren Beziehungen zu den Versicherungsnehmern durch die Tarifgestaltung und die Leistungsregulierung. Diese Ansatzpunkte haben die Versicherer nach Auffassung der Kommission in der Vergangenheit nicht hinreichend zur Kostensteuerung genutzt. In beiden Bereichen geht es nicht nur um die Steuerung des potentiellen Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten; vielmehr lassen sich hierüber in beiden Bereichen insbesondere auch indirekte Wirkungen auf die Verhaltensweisen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen erzielen. Beide Wirkungsmechanismen stehen daher im Mit-

[13]) Die Altersstruktur der Versicherten eines PKV-Unternehmens ist zwar aufgrund der Bildung von Alterungsrückstellungen zunächst ohne Relevanz für seine Fähigkeit, mit Kostensteigerungen umzugehen, aufgrund der dem gegenwärtigen Kalkulationsmodell immanenten mit dem Alter überproportionalen Prämienanstiege bei Kostensteigerungen ist der Handlungsbedarf bei Unternehmen mit überdurchschnittlich vielen älteren Versicherten bei sonst gleichen Voraussetzungen überdurchschnittlich hoch.

telpunkt der folgenden Überlegungen der Kommission.

In Leistungsbereichen des Gesundheitswesens, in denen die Honorierung der Leistungserbringer nicht durch Gesetz oder Verordnung abschließend geregelt, sondern Gegenstand marktlicher Selbststeuerungsprozesse ist, können die Krankenversicherer durch ihre Tarifgestaltung und die daraus resultierende Risikoverteilung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer nicht nur das Ausgabenniveau für den Versicherer, sondern auch die vom Leistungserbringer abgerechnete Entgelthöhe für eine gegebene Leistung beeinflussen.

Dies gilt insbesondere für die Ein- und Zweibettzimmer-Wahlleistung (Wahlleistung der gesondert berechenbaren Unterkunft im Krankenhaus), auf die rd. 20 % der Gesamtausgaben der PKV für das Krankenhaus entfallen: Für diese Leistungsart sehen fast alle PKV-Unternehmen keinerlei Elemente vor, die das Kostenbewußtsein der Versicherten aktivieren (wie z. B. Begrenzung der erstatteten Leistungen). Die Wahlleistung Ein- und Zweibettzimmer wird nahezu ausschließlich von Patienten in Anspruch genommen, die über PKV-Versicherungsschutz für dieses Risiko verfügen. Daher können die Krankenhäuser aufgrund des mangelnden Interesses der Patienten an Wirtschaftlichkeit nahezu jeden Preis fordern und durchsetzen. Dies erklärt, daß der von den Krankenhäusern am Markt durchgesetzte Zweibettzimmerzuschlag rd. 146 % höher ist als der durch das Krankenhausfinanzierungsrecht faktisch geforderte Mindestzuschlag und der Einbettzimmerzuschlag immerhin rd. 32 % oberhalb des Mindestzuschlages liegt. Die Kommission empfiehlt den Versicherungsunternehmen die Einführung „intelligenter" Elemente zur Aktivierung des Kostenbewußtseins in ihr Tarifgefüge: Es ist zu erwarten, daß etwa eine Begrenzung der Erstattungsbeträge für die Wahlleistung der gesondert berechenbaren Unterkunft die Preisgestaltung auf diesem Markt nachhaltig beeinflussen würde.

Ein wesentliches Element zur Kostenbegrenzung durch die Tarifpolitik besteht nach Auffassung der Kommission auch darin, neben den bisherigen Tarifen, die vom Leistungsniveau her weit überwiegend eher einen Spitzenschutz bieten, verstärkt ein Basisangebot zu offerieren. Unter Äquivalenzgesichtspunkten ist es keineswegs als angemessen zu bezeichnen, wenn ein besonders kostenbewußter Versicherter die Anspruchsmentalität anderer mitfinanzieren muß. Eine Differenzierung zwischen einem höherwertigen und einem Basisschutz führt zu entsprechenden preislichen Konsequenzen, die auch für ältere Versicherte Entlastungsmöglichkeiten bieten. Die Kommission begrüßt daher, daß in jüngster Zeit verschiedene PKV-Unternehmen ein Basisangebot in ihr Tarifsortiment aufgenommen haben. Ein solches Basisangebot muß als untere Grenze „der Art nach" (§ 257 Abs. 2 SGB V) den Leistungen der GKV entsprechen, auch um als substitutive Krankenversicherung im EG-rechtlichen Sinne gelten zu können. Auch der Standardtarif (vgl. dazu Kapitel 16 dieses Gutachtens) erfüllt eine wichtige Funktion als Basisangebot für ältere Versicherte.

18.3 Kostensteuerung durch Leistungsregulierung und Aufnahme vertraglicher Beziehungen mit Leistungserbringern

Während eine stärkere Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch das seitens des Versicherers gegebene Leistungsversprechen überwiegend nur in neuen Tarifen erfolgen und damit erst auf längere Sicht hinreichende Durchgriffswirkung auf die Leistungserbringer entfalten kann, sieht die Kommission Möglichkeiten zur Kostensteuerung durch die Unternehmen auch im Verhältnis zu den Versicherungsbeständen auch durch eine „konsequente" Leistungsregulierung. Dies gilt z. B. in bezug auf Kürzungen der Erstattungsbeträge bei Verletzungen der Abrechnungsvorschriften der Gebührenordnungen durch Ärzte und Zahnärzte, aber auch in bezug auf eine Steuerung in Richtung auf die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen formulierte Beschränkung auf medizinisch „notwendige" Heilbehandlung. Auch diese Maßnahmen setzen zwar am Vertragsverhältnis des Versicherers zu den Versicherungsnehmern an, greifen aber hierüber auf das Abrechnungsverhalten der Leistungserbringer selber durch. Die Kommission weist ausdrücklich darauf hin, daß Personalkürzungen, die in den Leistungsabteilungen zahlreicher PKV-Unternehmen gegenwärtig vorgenommen werden, dem Ziel einer „konsequenten" Leistungsregulierung unter Umständen kontraproduktiv gegenüberstehen.

Für die Absicherung von Krankheitskostenrisiken in der PKV ist in der Bundesrepublik gegenwärtig charakteristisch, daß Vertragsbeziehungen einerseits zwischen den Versicherern und den Versicherungsnehmern, andererseits zwischen den Versicherten und den Leistungserbringern im Gesundheitswesen bestehen. Die Krankenversicherer erstatten hierbei die den Versicherten entstandenen Kosten nach Maßgabe des jeweils aufgrund des Versicherungsvertrages zur Anwendung kommenden Tarifes. Bei der Vergütung der Leistungserbringer finden teilweise staatliche Preisregulierungen (durch Gesetz oder Verordnung) Anwendung, teilweise fehlen solche Regelungen, und Vergütungsstruktur und Vergütungsniveau werden im Rahmen der Behandlungsverträge zwischen Versicherten und Leistungserbringern vereinbart. Demgegenüber bestehen in aller Regel keinerlei Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungsunternehmen und den Leistungserbringern. Dies hat zur Konsequenz, daß Fragen zum Leistungsangebot oder auch in der Rechnungslegung nicht direkt zwischen dem Versicherer und dem Leistungsanbieter geklärt werden können. Eine direkte Absprache zwischen PKV und Leistungserbringern findet somit nicht statt.

Eine solche „Begrenzung" der PKV auf die nachträgliche Erstattung entstandener Heilbehandlungskosten, die in der Bundesrepublik vielfach als „systemtypisch" angesehen wird, ist allerdings für private Krankenversicherer keineswegs zwingend. Dies zeigen auch internationale Erfahrungen, etwa das Beispiel der USA, wo die PKV ihre Beschränkung auf die nachträgliche Kostenerstattung vielfach aufgegeben hat und selber in vertragliche Beziehungen

mit Leistungserbringern eingetreten ist. Die Kommission regt an, daß die PKV ihr Tarifangebot um Tarife ergänzt, denen vertragliche Vereinbarungen zwischen privater Krankenversicherung und Leistungserbringern im Gesundheitswesen über die Struktur der Leistungserbringung oder über Vergütungsstruktur und Vergütungsniveau zugrunde liegen.

Entsprechende Vertragslösungen sind auf verschiedenen Ebenen denkbar: So ist zu unterscheiden zwischen vertraglichen Preisabreden für nach wie vor von den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen in eigener Verantwortung zu erbringende medizinische Versorgung und zwischen Versorgungsabreden, bei denen die medizinische Behandlung, die stationäre Unterbringung, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln usw. von der privaten Krankenversicherung selbst zur Verfügung gestellt werden.

Vertragliche Vereinbarungen zwischen privater Krankenversicherung und Leistungserbringern kommen zunächst einmal in den Bereichen in Betracht, in denen staatliche Gebührenordnungen oder staatliche Preisgenehmigungen nicht greifen – etwa bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder den Material- und Laborkosten bei den zahntechnischen Leistungen. Die Vertragspartnerschaft könnte bei solchen vertraglichen Vereinbarungen auf seiten der Krankenversicherer sowohl beim PKV-Verband als auch bei den einzelnen Unternehmen, die für den Kreis ihrer jeweiligen Versicherten Verträge schließen, liegen. Für Vertragsvereinbarungen durch den PKV-Verband stellen sich im gegenwärtigen ordnungspolitischen Rahmen allerdings wettbewerbsrechtliche Probleme, da die Sonderregelung des § 102 GWB keine Legitimation für versicherungsfremde Vertragspartner enthält. Die Kommission regt an zu prüfen, inwieweit aufgrund der Tatsache, daß die Marktmechanismen im Gesundheitswesen ohnehin nur rudimentär funktionieren, eine wettbewerbliche Sondervorschrift für die Teilnehmer am Gesundheitswesen vorgesehen werden könnte.

Die Kommission regt die Ergänzung des Tarifangebots um Tarife, denen vertragliche Vereinbarungen zwischen privater Krankenversicherung und Leistungserbringern im Gesundheitswesen zugrunde liegen, allerdings auch für Leistungsbereiche an, in denen gegenwärtig für die Leistungserbringer staatliche Gebührenordnungen bzw. Preisregulierungen bestehen. Hier besteht zum einen die Möglichkeit, Vereinbarungen zu treffen, die von den geltenden staatlichen Gebührenordnungen als Basis ausgehen (und z. B. den Gebührenrahmen für bestimmte Personengruppen oder aber Auslegungs- und Anwendungsfragen zum Gegenstand haben). Preisvereinbarungen könnten sich aber auch von den staatlichen Gebührenordnungen lösen und statt dessen eine eigene Gebührenstruktur, oder aber auch alternative Vergütungsformen (etwa pauschalierte Honorare) zum Gegenstand haben. Hierzu wäre es erforderlich, solchen vertraglichen Vereinbarungen zwischen privater Krankenversicherung und Leistungserbringern qua Gesetz Vorrang vor den staatlichen Gebührenordnungen bzw. Preisregulierungen einzuräumen, so daß letztere nurmehr subsidiär gelten und immer dann zur Anwendung kommen, wenn Krankenversicherer und Leistungserbringer sich nicht auf eine vertragliche Regelung verständigen. Solche vertraglichen Vereinbarungen kommen insbesondere für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Betracht. Hierbei kann etwa auch daran gedacht werden, durch Verträge der privaten Krankenversicherung mit niedergelassenen Ärzten spezifische Anreize zur Steuerung der von diesen veranlaßten Leistungen (insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Krankenhausbehandlung und von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln) zu setzen.

Bei der von der Kommission angeregten Ergänzung des „klassischen" Tarifangebots der PKV um Tarife, in denen die Krankenversicherer verstärkt Einfluß auf die Leistungserbringung im Gesundheitswesen nehmen, könnte eine Alternative zu vertraglichen Vereinbarungen mit Leistungserbringern auch darin liegen, daß die PKV (z. B. im Rahmen von Mitversicherer-Gemeinschaften, um eine hinreichende Versorgungsdichte zu ermöglichen) Verträge mit Heilbehandlungs-GmbHs, die ihrerseits angestellte Ärzte beschäftigen, abschließt. Da für die Erbringung von Leistungen in solchen Heilbehandlungs-GmbHs die Gebührenordnung für Ärzte keine Anwendung findet, können in solchen Verträgen (wie etwa die Beispiele der von US-amerikanischen privaten Krankenversicherern initiierten „Health Maintenance Organizations" oder von „Preferred Provider Organizations" zeigen) alternative Honorierungsformen, wie z. B. Pauschalvergütungselemente, eine Budgetverantwortung der Heilbehandlungs-GmbH für veranlaßte Leistungen oder besondere Formen der Verzahnung unterschiedlicher Versorgungsbereiche vorgesehen werden. Da die Arztwahlfreiheit der Versicherten in solchen Modellen im Regelfall auf die Ärzte der Einrichtungen beschränkt und das Leistungsversprechen der Versicherer entsprechend modifiziert ist, kommen solche vertraglichen Gestaltungen zunächst nur für neue Versicherungsverträge in Betracht, können aber durch das Umstufungsrecht der Versicherungsnehmer nach § 178f VVG auch für den Versichertenbestand in Betracht kommen. Es ist zu erwarten, daß die im Rahmen solcher Gestaltungen erzielbaren Kosteneinsparungen insbesondere auch zu finanziellen Entlastungen im Bereich der älteren Versicherten führen können.

18.4 Flankierende Maßnahmen des Gesetzgebers zur Ausgabensteuerung

Der sozial- und gesundheitspolitische Gesetzgeber hat sich in der Bundesrepublik dazu entschieden, der PKV die Aufgabe der „substitutiven" Krankenversicherung zuzuweisen. Teile der Bevölkerung sind hinsichtlich ihres Krankenversicherungsschutzes auf eine Absicherung in der PKV verwiesen, da ihnen die gesetzliche Krankenversicherung nicht offensteht. Aus dieser Grundentscheidung des Gesetzgebers erwächst nicht nur ein besonderer Schutzbedarf für die Versicherten im Verhältnis zu den PKV-Unternehmen, den der Gesetzgeber (gestützt auf Artikel 54 der Dritten Richtlinie Schadenversiche-

rung) im Rahmen des Dritten Durchführungsgesetzes/EWG zum VAG normiert hat, vielmehr steht auch der Gesetzgeber selber nach Auffassung der Kommission in einer besonderen Verpflichtung, durch eine verantwortungsbewußte Handhabung des für die PKV relevanten Rechtsrahmens den PKV-Versicherten einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu ermöglichen.

Die Entwicklung der Leistungsausgaben in der PKV ist nämlich in besonderer Weise auch vom rechtlichen Rahmen abhängig, den der Gesetz- und Verordnunggeber im Gesundheitswesen setzt. Dies gilt zum einen für spezifische rechtliche Regelungen, die mit Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen durch Privatversicherte getroffen werden. Es gilt zum anderen aber auch für Regelungen, die der Gesetz- und Verordnunggeber für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung trifft, die über diesen Bereich hinaus aber auch direkte oder indirekte Auswirkungen für die PKV haben.

Die Kommission stellt fest, daß der Gesetzgeber in der Vergangenheit vereinzelt Maßnahmen zur Ausgabensteuerung und Kostendämpfung in der PKV ergriffen hat. Dies gilt etwa für die Einführung des „Mittelwertprinzips" in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Jahre 1983. Danach darf eine Gebühr „in der Regel ... nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes berechnet werden" (§ 5 Abs. 2 Satz 4 GOÄ; Hervorhebung d. d. Kommission). Aus den der Kommission seitens der PKV vorgelegten Abrechnungsunterlagen ergibt sich allerdings, daß in 94% aller Fälle der Regelhöchstsatz (2,3fach) berechnet wird. Auch die Novelle der GOÄ, die zum 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist, schafft verbesserte Möglichkeiten zur Kostenkontrolle bei Privatversicherten. Die Einführung des „Angemessenheitsgrundsatzes" für die Preise für Wahlleistungen im Krankenhaus in der Bundespflegesatzverordnung im Jahre 1986 (nunmehr geregelt in § 22 Abs. 1 Satz 3 BPflV) stellt ebenfalls eine zugunsten einer Ausgabenbegrenzung für PKV-Versicherte vom Gesetz- und Verordnunggeber eingeführte Regelung dar – allerdings ist umstritten, ob die vom Verordnunggeber gleichzeitig geregelten Mindestzuschläge für die Wahlleistung der gesondert berechenbaren Unterkunft (die als Einnahmen dem allgemeinen Krankenhausbudget zuzuführen sind) in vielen Fällen nicht bereits „unangemessen" hoch sind.

Auch ist die Ausgabenentwicklung der PKV verschiedentlich durch Regelungen positiv beeinflußt worden, die der sozial- und gesundheitspolitische Gesetzgeber im Recht der GKV vorgenommen hat. So ist etwa durch die mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 bewirkte Einführung von Festbeträgen für Arzneimittel in der GKV der Preisanstieg auf dem deutschen Arzneimittelmarkt abgebremst worden, wovon nicht nur die GKV, sondern auch die Versicherten in der PKV profitierten. Auch das durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 für die Jahre 1993 bis 1995 eingeführte feste Krankenhausbudget für die allgemeinen Krankenhausleistungen galt für Krankenhauspatienten von GKV und PKV gleichermaßen. Von den im Rahmen des Sachleistungsprinzips in der GKV stattfindenden Verhandlungen zwischen Krankenkassen der GKV und Leistungserbringern über gesundheitspolitische Orientierungen hat die PKV verschiedentlich profitiert. Lange Zeit „entlastend" für die PKV gerade auch im Bereich der älteren Versicherten wirkten auch Regelungen im Recht der GKV, die bis 1989 dazu führten, daß ein erheblicher Teil der im Erwerbsleben privat krankenversicherten Arbeitnehmer mit Beginn des Bezugs einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung in der GKV pflichtversichert wurde. Diese Regelung hat bis heute dazu beigetragen, daß der Anteil der Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, in der GKV rd. 15%, in der PKV jedoch nur 10% beträgt. Dadurch ist die GKV im Verhältnis zur PKV um rd. 1 Mrd. DM je Jahr belastet. Der im Zuge der Kostendämpfungsgesetze bewirkte Fortfall dieser – vor dem Hintergrund des in der GKV praktizierten Umlageverfahrens problematischen – Rückkehrmöglichkeiten zur gesetzlichen Krankenversicherung hat umgekehrt zur Problematik rasch steigender Beiträge der PKV-Versicherten im Alter in den neunziger Jahren beigetragen.

Auf der anderen Seite führen Kostendämpfungsbemühungen des Gesetzgebers für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vielfach aber auch dazu, daß die hiervon betroffenen Leistungserbringer drohende Mindereinnahmen durch Preis- und/oder Mengenanstiege im Bereich der Privatversicherten zumindest teilweise zu kompensieren trachten. So fällt etwa auf, daß die ambulanten Arztkosten in der PKV seit 1988 bei unveränderter Gebührenordnung für Ärzte bis Ende 1993 je Versicherten um rd. 43% gewachsen sind, während sie im gleichen Zeitraum in der GKV (obwohl dort die Honorarhöhen zwischenzeitlich angehoben wurden) nur um knapp 30% gewachsen sind. Offenbar haben die ambulant tätigen Ärzte die durch den in der GKV mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1988 eingeführten und durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 ausgebauten Grundsatz der Beitragssatzstabilität bewirkten Begrenzungen des Wachstums der Arztausgaben in der GKV durch Mengensteigerungen bei PKV-Versicherten auszugleichen gesucht.

Im Bereich der zahntechnischen Leistungen haben die Zahntechniker die Absenkung der Vergütungen für zahntechnische Leistungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz teilweise durch entsprechende Preiserhöhungen für zahntechnische Leistungen, die gegenüber privat Versicherten erbracht werden, kompensiert – eine entsprechende Preisdifferenzierung durch die Zahntechniker zulasten der PKV-Versicherten hat der Gesetzgeber insoweit „unterstützt" als er den Zahnarzt durch das Gesundheitsstrukturgesetz verpflichtet hat, bei der Auftragserteilung dem zahntechnischen Labor mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen Versicherten der GKV handelt.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber in der jüngeren Zeit verschiedentlich Kostendämpfungsmaßnahmen für den Bereich der gesetzlich Versicherten beschlossen, bei denen nach Auffassung der Kommission eine Kostenverlagerung auf die PKV-Versicherten inten-

diert war. So hat der Gesetzgeber des Gesundheitsstrukturgesetzes die von den Chefärzten an Krankenhäusern zugunsten des allgemeinen Krankenhausbudgets (und damit der GKV-Versicherten) abzuführenden Vergütungsanteile aus der privatärztlichen Behandlung durchschnittlich mehr als verdoppelt (mit weiter steigender Tendenz). Auch wurde die bisherige Minderung des allgemeinen Pflegesatzes für wahlärztliche Leistungen in Anspruch nehmende Patienten, die der Tatsache Rechnung trug, daß diese Patienten die im allgemeinen Pflegesatz enthaltenen ärztlichen Leistungen durch nachgeordnete Krankenhausärzte nur in verringertem Umfang in Anspruch nehmen (Wahlarztabschlag), durch das Gesundheitsstrukturgesetz gestrichen (wodurch die PKV-Versicherten um rd. 220 Mio. DM zusätzlich belastet wurden).

Die Kommission anerkennt die – auch vom Bundesverfassungsgericht wiederholt betonte – Berechtigung des Gesetzgebers, zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung Maßnahmen zu ergreifen. Dies gilt auch für das Verhältnis der GKV zur PKV, der durch die Versicherungsfreiheit bestimmter Segmente der Bevölkerung (gut verdienende Arbeitnehmer, Selbständige, Beamte) ein beachtliches Marktsegment eingeräumt wird. Dennoch sieht die Kommission es als zwingend notwendig an, daß der Gesetz- und Verordnunggeber bei seinen Bemühungen um die Sicherung der Beitragssatzstabilität in der GKV die Belange der PKV angemessen berücksichtigt. Zudem sieht sie es als geboten an, daß der PKV ein rechtlicher Rahmen zur Verfügung gestellt wird, der es ihr ermöglicht, ihren Versicherten zu vertretbaren Beiträgen Krankenversicherungsschutz zur Verfügung zu stellen.

Die Kommission schlägt daher die folgenden konkreten Maßnahmen vor:

- in der Gebührenordnung für Ärzte und der Gebührenordnung für Zahnärzte:
  - Die Vorschrift, daß in der Regel nur ein Wert zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes abgerechnet werden darf, läuft in der Praxis (wie oben gesehen) weitgehend leer, ohne daß erkennbar wäre, daß die vom Arzt bei der Bestimmung des Steigerungssatzes geforderte Abwägung nach den in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ/GOZ genannten Kriterien dies gebietet. Die Kommission empfiehlt den PKV-Unternehmen, die Abrechnungspraxis der Ärzte entsprechend dem geltenden Recht genau und konsequent zu überprüfen. Sie regt allerdings auch an, daß der Verordnunggeber Möglichkeiten einer Rechtsänderung in den Gebührenordnungen überprüft und sicherstellt, daß der Zweck der Bestimmungen stärker beachtet wird.
  - Der Gesetzgeber hat die Unternehmen der PKV verpflichtet, im Standardtarif den Höchstbeitrag der GKV nicht zu überschreiten und ein dem Versicherungsschutz in der GKV vergleichbares Leistungsangebot zu gewähren. Zugleich hat der Gesetzgeber den Unternehmen der PKV jedoch keine spezifischen Instrumente an die Hand gegeben, die prämienrechtliche Bindung im Standardtarif zu realisieren. Nach Ansicht der Kommission sollte der GOÄ-/GOZ-Verordnunggeber daher vorsehen, daß Ärzte bei Versicherten des Standardtarifes nicht mehr als den Mittelwert der Regelspanne (1,7facher Satz) anwenden dürfen.
  - In GOÄ und GOZ sollte eine Subsidiaritätsregel aufgenommen werden, nach der diese Gebührenordnungen dann keine Anwendung finden, wenn ein privates Krankenversicherungsunternehmen/ein Verband von Krankenversicherungsunternehmen mit einem Arzt/Verband von Ärzten eine abweichende Vereinbarung geschlossen hat.
- im Fünften Buch Sozialgesetzbuch:
  - Die oben beschriebene Verpflichtung für den Zahnarzt, dem zahntechnischen Labor bei der Auftragserteilung mitzuteilen, ob es sich um Leistungen für einen GKV-Versicherten handelt (§ 30 Abs. 5 Satz 1 SGB V) sollte gestrichen werden: Diese Vorschrift ermöglicht es den Zahntechnikern im Ergebnis, für gleiche Leistungen bei PKV-Versicherten einen höheren Rechnungsbetrag als bei GKV-Versicherten zu verlangen. Preisdifferenzierungen sind nach Auffassung der Kommission nur dann sachgerecht, wenn sie in Unterschieden der Art der Ausführung begründbar sind. Für gleiche zahntechnische Leistungen müssen hingegen unabhängig vom Versichertenstatus auch gleiche Preise gelten.
  - Auch bei den Arzneimittelpreisen vermag die Kommission keine Begründung dafür zu erkennen, daß die PKV-Versicherten um 5 % höhere Preise als die gesetzlich Krankenversicherten zahlen sollen. Die vielfach geäußerte Meinung, es handele sich bei dem in § 130 SGB V festgelegten Rabatt für die Krankenkassen ökonomisch um einen „Mengenrabatt" ist wenig plausibel, da kein Mengenumsatz, sondern eine Menge von Einzelumsätzen begünstigt wird. Außerdem müssen die Apotheken bei GKV-Versicherten den Kaufpreis kreditieren, während Privatversicherte den vollen Preis ohne Abzug unverzüglich in bar zu bezahlen haben. Zudem ist der Apotheker im Bereich der GKV zu zusätzlichen Leistungen verpflichtet (Auftragung der Pharmazentralnummer gem. § 300 SGB V). Die Kommission hält auch die Begründung, die Ausnahme der PKV vom Arzneimittelabschlag müsse als eine Art Ausgleich dafür verstanden werden, daß die Arzneimittelfestbeträge von der GKV festgelegt werden und die PKV hiervon profitiere, nicht für überzeugend. Dieses Argument betrifft lediglich das Verhältnis von GKV zu PKV, kann jedoch für das Verhältnis der PKV zur Apothekerschaft keine Bedeutung haben. Die Kommission plädiert daher für eine Gleichbehandlung privat und gesetzlich krankenversicherter Personen bei den Arzneimittelpreisen.

- im Krankenhausfinanzierungsgesetz und in der Bundespflegesatzverordnung:

  Im Bereich der stationären Versorgung gibt es drei Problembereiche, die zugunsten der PKV durch den Gesetzgeber geändert werden sollten:

  - Die Verbesserung der Rechtsposition der PKV im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung,
  - die Konkretisierung des „Angemessenheitsgrundsatzes" für Wahlleistungen, so daß dieser justitiabel wird, und
  - Einführung einer Möglichkeit zur Beschränkung der sog. „Liquidationskette" auf einzelne Ärzte.

  Nach § 17 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sind die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich festzusetzen. Eine zu Lasten der Privatpatienten und damit der PKV gehende Differenzierung ist mithin im Bereich der Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen verboten. Die Möglichkeit der Überwachung dieser Bestimmung des Pflegesatzrechts ist jedoch im Verfahren zur Vereinbarung der Pflegesätze nicht gewährleistet.

  In dem Bereich der Pflegesatzvereinbarung hat der PKV-Verband gemäß § 18 Abs. 1 Satz 2 und 3 KHG lediglich die Stellung eines Beteiligten. Auch ohne seine Zustimmung kann eine wirksame Pflegesatzvereinbarung erfolgen. Der PKV-Verband kann lediglich im Rechtswege die Beteiligungsmöglichkeit als solche anmahnen, nicht jedoch Verstöße gegen die rechtlichen Rahmenbedingungen der örtlichen Pflegesatzvereinbarung rügen, da er nicht als Vertragspartner an den Vereinbarungen beteiligt ist und die vorgesehene Zustimmung des Landesausschusses des PKV-Verbandes nicht unabdingbar notwendig ist. Entscheidend ist die Mehrheit der Beteiligten, so daß die PKV zu ihren Lasten überstimmt werden kann.

  Diese relative Schutzlosigkeit der PKV im Hinblick auf mögliche krankenhausindividuelle Vereinbarungen steht im Gegensatz zu ihrem Sitz und Stimmrecht in der Schiedsstelle nach § 18 a KHG. Eine entscheidende und im Hinblick auf das Schiedsstellenstimmrecht systemkonforme Verbesserung der Rechtsposition der PKV ließe sich dadurch erreichen, daß man die Notwendigkeit der Zustimmung der PKV zur örtlichen Pflegesatzvereinbarung so ändert, daß die Nichterteilung der Zustimmung durch den Landesausschuß des PKV-Verbandes das Zustandekommen einer Pflegesatzvereinbarung verhindert. Bisher war dafür ausreichend und genügend die Mehrheit der Beteiligten (§ 18 Abs. 1 Satz 4 KHG). Es wird daher vorgeschlagen, § 18 Abs. 1 Satz 4 KHG wie folgt zu formulieren:

  „Die Zustimmung gilt als erteilt, wenn kein Beteiligter nach Satz 3 der Vereinbarung innerhalb von zwei Wochen nach Vertragsabschluß widerspricht."

  Folge einer solchen Regelung wäre, daß die Zustimmungsfiktion durch den Widerspruch nur eines der Beteiligten nach § 18 Abs. 1 Satz 4 KHG entfiele. Hiermit würden dann die Zustimmungs-/Widerspruchsmöglichkeiten der Landesausschüsse gestärkt.

  Der zweite Bereich ist das Niveau der Entgelte für Wahlleistungen. Nach Auskunft des PKV-Verbandes ist das Niveau der Wahlleistungsentgelte im Bereich der Unterkunft und Verpflegung derzeit überhöht. Im Oktober 1994 mußte im Durchschnitt für eine Einbettzimmerunterbringung ein Zuschlag in Höhe von ca. 170 DM pro Tag und für eine Zweibettzimmerunterbringung ein Zuschlag von ca. 110 DM pro Tag zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausentgelten bezahlt werden. Dieses Niveau der Wahlleistungszuschläge resultiert einerseits aus dem Regelungszusammenhang mit den allgemeinen Krankenhausentgelten und andererseits aus den bestehenden Unklarheiten über die Bedeutung und Anwendung der Angemessenheitsklausel in § 22 Abs. 1 Satz 3 Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

  Während für den Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen ein komplizierter Preisbildungsmechanismus mit Budget- und Preisverhandlungen auf verschiedenen Ebenen sowie mit Schieds- und Genehmigungsverfahren geschaffen wurde, erfolgt die Preisbildung für nichtärztliche Wahlleistungen allein über die faktisch einseitige Festlegung der Wahlleistungsentgelte durch die Krankenhäuser. Diese haben dabei nur die Vorgabe des § 22 Abs. 1 Satz 3 BPflV zu beachten, der hinsichtlich der Höhe der Wahlleistungsentgelte lediglich verlangt, daß diese angemessen sein müssen. Der hieraus erwachsende Spielraum wird von den Krankenhäusern intensiv genutzt, zumal die Budgets für die allgemeinen Krankenhausleistungen mehrfach eingefroren wurden. Neben dem aus dem allgemeinen Regelungszusammenhang resultierenden Kostendruck ist die Anwendung der Angemessenheitsklausel in ihrer jetzigen Form problematisch. Da zur Höhe der Wahlleistungszuschläge lediglich bestimmt wird, daß die Entgelte für Wahlleistungen „in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen" stehen müssen, wird darum gestritten, ob und wie die Angemessenheitsschwelle eine gerichtliche Überprüfung der Höhe der Wahlleistungszuschläge ermöglicht.

  Es ist deshalb vorrangig erforderlich, auf eine Konkretisierung der Angemessenheitsschwelle hinzuwirken. Deshalb sollte der Charakter des Angemessenheitsgebots in § 22 Abs. 1 Satz 3 BPflV als gesetzliches Verbot unangemessener Entgelte im Sinne des § 134 BGB klargestellt und so eine Entwicklung des Angemessenheitsmaßstabs durch die Rechtsprechung ermöglicht werden. Dazu böte es sich an, den Satz 3 des § 22 Abs. 1 BPflV anstelle der jetzigen Fassung wie folgt zu formulieren:

„Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen."

In der Begründung zu dieser Änderung sollte darauf hingewiesen werden, daß dadurch klargestellt werden soll, daß § 22 Abs. 1 Satz 3 BPflV ein gesetzliches Verbot unangemessen hoher Wahlleistungsentgelte enthält.

- Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus erstreckt sich gegenwärtig auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten außerhalb des Krankenhauses (§ 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV). Diese Regelung („Liquidationskette") verwehrt nicht nur dem Privatpatienten eine seinen Präferenzen entsprechende Arztwahl und wirkt zudem in erheblichem Umfang kostentreibend; spätestens seit dem (oben erwähnten) Wegfall des Wahlarztabschlages ist sie auch systematisch nicht mehr haltbar. Da der Privatpatient den allgemeinen Pflegesatz in voller Höhe entrichtet, sind hiermit bereits die gesamten Arztkosten vergütet. Dem Patienten muß es daher ermöglicht werden, individuell und selektiv die Wahl liquidationsberechtigter Ärzte vornehmen zu können. Die Kommission schlägt daher vor, § 22 Abs. 3 Satz 1 BPflV dahin gehend zu ändern, daß eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen vom Patienten auf einzelne Ärzte beschränkt werden kann.

Anhang I

Die Prämienkalkulation in der privaten Krankenversicherung

1. Nettoprämien und Alterungsrückstellungen

Die Krankheitskosten eines Versicherten hängen wesentlich von seinem Alter ab. Sie steigen (unterschiedlich für die einzelnen Tarifarten wie ambulante Krankheitskosten oder Krankenhauskosten) aufgrund der mit zunehmendem Alter steigenden Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen selbst ohne Berücksichtigung der Kostensteigerungen im Gesundheitswesen im Versicherungsverlauf auf ein Vielfaches an (vgl. Abb. 1). Würden die Versicherungsprämien unter Zugrundelegung dieser reinen Risikoprämie kalkuliert werden, so ergäben sich Prämien, die mit zunehmendem Alter des Versicherten sehr stark ansteigen würden.

Derartige auf Risikoprämien basierende Tarife wären für junge Leute sehr attraktiv. Sie trügen aber die Gefahr in sich, daß nicht wenige Versicherungsnehmer in hohem Alter (bei reduziertem Einkommen) ihre Beiträge nicht mehr aufbringen könnten und damit gerade dann, wenn sie ihn am dringendsten benötigen, ihren Versicherungsschutz verlören und statt dessen der Allgemeinheit zur Last fielen.

Um diesen negativen Folgen entgegenzuwirken, wird in Deutschland schon seit Jahrzehnten die private Krankenversicherung ganz überwiegend „nach Art der Lebensversicherung" betrieben, d. h. es werden für die versicherten Personen Alterungsrückstellungen gebildet, die den sonst erforderlichen Anstieg der Prämien mit dem Älterwerden der versicherten Personen auffangen sollen. Die vom Versicherungsnehmer erhobenen Beiträge enthalten hierzu einen Sparanteil, der mit zunehmender Vertragsdauer geringer wird. Die Sparanteile werden vom Versicherungsunternehmen ertragsbringend angelegt, bis sie im Alter benötigt werden.

Grundgedanke dieser Tarifkalkulation ist das individuelle Äquivalenzprinzip in bezug auf die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages für einen Versicherten. Im Grundsatz sollen die während der Laufzeit eines Versicherungsvertrages erwarteten Versicherungsleistungen durch die Beiträge des Versicherungsnehmers gedeckt sein. Dabei wird entsprechend dem Versicherungsgedanken nur insoweit eine risikogerechte Pauschalierung vorgenommen, als die Kalkulation nicht genau auf die individuellen Krankheitsrisiken jedes einzelnen Versicherten abstellt, sondern auf die Krankheitsrisiken einer Gruppe von gleichartigen Versicherten. Eine Gruppe gleichartiger Versicherter wird hierbei aus solchen Versicherten gebildet, die gleiche Leistungsansprüche, gleiches Eintrittsalter und gleiches Geschlecht haben, wobei bei Vertragsbeginn bestehenden Vorerkrankungen durch Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge Rechnung getragen werden kann. Für jeden aus einer solchen Gruppe gleichartiger Versicherter wird hierbei eine über die gesamte Laufzeit konstante Nettoprämie versicherungsmathematisch derart ermittelt, daß die zu Beginn der Laufzeit in der Alterungsrückstellung angesammelten Sparanteile gerade ausreichen, um die gegen Ende der Laufzeit die Nettoprämien übersteigenden Krankheitskosten abzudecken. Entsprechend den unterschiedlichen Krankheitskosten der zugrundezulegenden Restlebenszeit ergibt das unterschiedlich hohe Nettoprämien für Versicherte mit unterschiedlichem Eintrittsalter.

Die vom Versicherungsnehmer zu zahlende Bruttoprämie enthält zusätzlich zur Nettoprämie noch einen Sicherheitszuschlag sowie verschiedene Kostenzuschläge.

In Abbildung 1 sind die Nettoprämien für die Eintrittsalter 20 Jahre und 40 Jahre dargestellt. Die Prämie für den im Alter von 40 Jahren in die Versicherung eintretenden Versicherten ist höher als die Prämie des mit 20 Jahren eintretenden, weil letzterer, wenn er das Alter von 40 Jahren erreicht, schon über eine im Laufe von 20 Jahren angesparte Alterungsrückstellung verfügt.

Für die Berechnung der eintrittsaltersabhängigen Nettoprämien sind folgende Daten (Rechnungsgrundlagen) relevant:

(1) der Krankheitskostenverlauf in Abhängigkeit vom Lebensalter,

(2) der Kalkulationszinssatz,

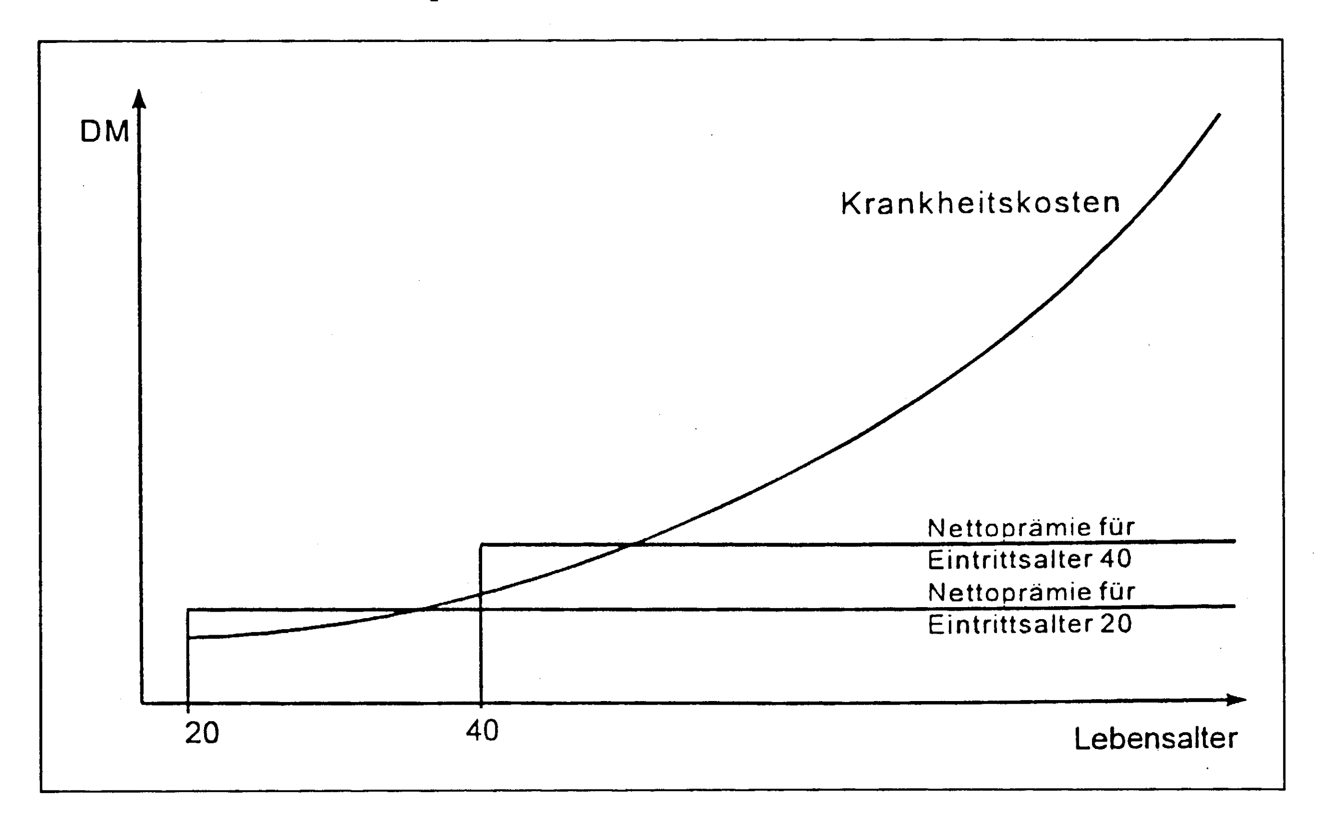
(3) die Sterbewahrscheinlichkeiten,

(4) die Stornowahrscheinlichkeiten.

In die oben angedeutete Kalkulation der Nettoprämie geht außer dem Krankheitskostenverlauf (1) insbesondere die Verzinsung (2) der jeweils angesparten Alterungsrückstellung ein. Bei der im voraus zu erfolgenden Kalkulation kann dabei natürlich nicht der sich tatsächlich am Markt ergebende Zinssatz angesetzt werden, sondern es muß ein kalkulatorischer Zinssatz zur Anwendung kommen. Je höher dieser Zinssatz angesetzt wird, desto niedriger ist die sich ergebende Nettoprämie, desto unsicherer ist es aber, ob der hohe kalkulierte Zinssatz in der Zukunft auch tatsächlich am Markt erzielt und den Alterungsrückstellungen gutgeschrieben werden kann. Derzeit ist den deutschen Unternehmen ein Kalkulationszinssatz von höchstens 3,5 % vorgeschrieben.

Abbildung 1

Nettoprämien für unterschiedliche Eintrittsalter



In Abbildung 1 ist dargestellt, daß die Zeitspanne, in der die Nettoprämie die Krankheitskosten übersteigt, relativ kurz ist, und daß die in den ersten Jahren des Versicherungsverhältnisses angesparten Beträge klein sind gemessen an der Differenz zwischen Krankheitskosten und Nettoprämie im Alter. Zum Verständnis dieses Sachverhalts muß man die Rechnungsgrundlagen (3) und (4) heranziehen:

Dadurch, daß Versicherte durch Sterben oder durch Kündigung (= Stornierung) ausscheiden, sind die älteren Jahrgänge weit weniger stark besetzt als die jüngeren. Bei der Kalkulation der Nettoprämie für die Gruppe der mit einem bestimmten Alter eintretenden Versicherten kann daher prämienmindernd berücksichtigt werden, daß die Zahl der Versicherten, die zu Beginn der Versicherungszeit Sparanteile ansammeln, größer ist als die Zahl derer, für die im weiteren Verlauf der Versicherung Entnahmen aus den Alterungsrückstellungen erforderlich sind. Man spricht in diesem Zusammenhang von „Vererben" der Alterungsrückstellungen durch Sterben bzw. Storno.

2. Prämienanpassungen

Die im vorigen Abschnitt dargestellte Kalkulation geht von im Zeitablauf gleichbleibenden Rechnungsgrundlagen aus. In der Realität ist diese Konstanz meist nicht gegeben, so daß von Zeit zu Zeit eine Nachkalkulation der Prämien erfolgen muß, was zu Prämienanpassungen führt.

Die Ursachen für erforderliche Prämienerhöhungen sind:

(1) allgemeine Preissteigerungen (Inflation),

(2) spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen,

(3) Sterblichkeitsänderungen (längere Lebensdauer),

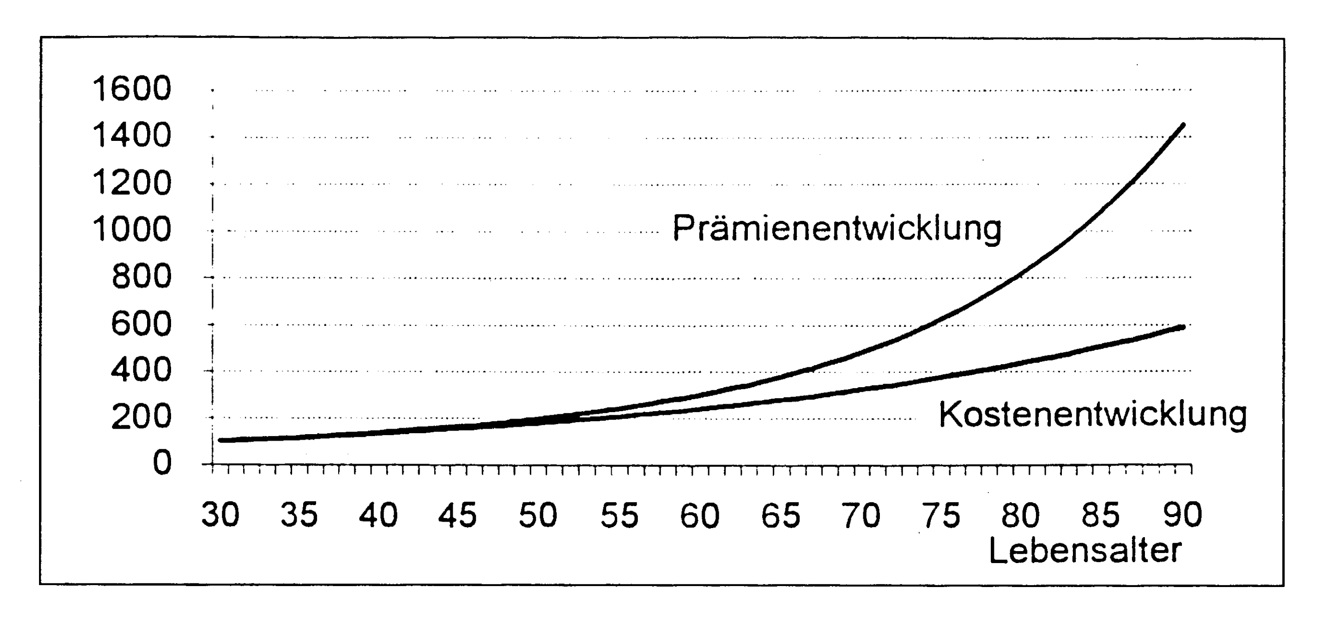
(4) Stornoänderungen (weniger Kündigungen von Versicherten).

Ein durch (1) oder (2) bewirkter Anstieg der Krankheitskosten hat in der Prämiennachkalkulation der PKV nicht ganz einfach zu verstehende Wirkungen. Ein Anstieg der Krankheitskosten im Zeitablauf um x % (verstanden als eine generelle Erhöhung der Krankheitskosten für jedes Lebensalter um x %) führt in der Nachkalkulation zu unterschiedlichen erforderlichen Prämienanpassungen für die Versicherten, und zwar in Abhängigkeit von der jeweiligen bisherigen Versicherungsdauer. Die Prämienanpassung für Neuversicherte (jeden Alters) beträgt gerade x %; je länger aber die bisherige Vertragslaufzeit ist, desto höher ist die erforderliche Prämienerhöhung.

Abbildung 2 stellt die erforderlichen Prämiensteigerungen für einen mit 30 Jahren in die Versicherung

Abbildung 2

Krankheitskostenentwicklung und dadurch ausgelöste Prämienentwicklung



eingetretenen Versicherten dar, der sich in den darauffolgenden 60 Jahren in jedem Jahr mit Kostensteigerungen der oben beschriebenen Art von 3 % konfrontiert sieht. Während die Kostensteigerungen in den beschriebenen Jahren ein Anwachsen auf ungefähr das 6fache ausmachen, werden dadurch Prämiensteigerungen auf das ca. 15fache des Ausgangsbetrags erforderlich.

Die erforderlichen Prämienanhebungen überschreiten die Kostensteigerungen um so stärker, je länger der Versicherungsvertrag schon besteht. Dies liegt daran, daß Kostensteigerungen für Altversicherte nicht nur eine Neukalkulation in bezug auf die gegenwärtigen und zukünftigen Krankheitskosten erforderlich machen (insoweit ergäbe sich eine den Kostensteigerungen proportionale Erhöhung der Prämien), sondern auch die Kalkulation in bezug auf die Alterungsrückstellung ständig zu revidieren ist. Nach eingetretenen Kostensteigerungen erweisen sich in der Nachkalkulation die bisher für die Zukunft gebildeten Alterungsrückstellungen als zu gering, um den Beitrag zum ursprünglichen Eintrittsalter zu erhalten, wodurch eine zusätzliche Prämienerhöhung erforderlich ist. Anders gesagt findet durch Kostensteigerungen eine (reale) Entwertung der bisher aufgebauten Alterungsrückstellungen statt. Der dargestellte Wirkungszusammenhang hat zur Folge, daß besonders für ältere Versicherte die Prämien um weit mehr als die Kostensteigerungen ansteigen.

Die Wirkungen der in (3) und (4) aufgeführten Sterblichkeits- und Stornoänderungen sind ähnlich. Sinken die Sterbe- oder Stornohäufigkeiten, so sind die älteren Versichertenjahrgänge stärker besetzt als in der Kalkulation berücksichtigt. Die in den Alterungsrückstellungen angesammelten Beträge reichen dann nicht aus, um ohne Prämienanpassungen (die im Alter hohen) Krankheitskosten zu decken.

Auch in diesem Fall sind die erforderlichen Prämienanpassungen für die älteren Versicherten überproportional hoch.

3. Zillmerung

Die bisherige Darstellung der Kalkulation der Nettoprämie bezog sich auf die sogenannte ungezillmerte Nettoprämie. Die dazugehörige ungezillmerte Alterungsrückstellung ist dadurch gekennzeichnet, daß schon im ersten Versicherungsjahr durch die über die kalkulierten Krankheitskosten hinausgehenden Prämienbestandteile („Sparanteile") eine positive Alterungsrückstellung erreicht wird.

Bei dieser Art der Kalkulation werden die (zu Vertragsbeginn anfallenden, unmittelbaren) Abschlußkosten des Versicherungsvertrags über einen in der Bruttoprämie enthaltenen Zuschlag zur Nettoprämie gedeckt. Sie werden gewissermaßen vom Versicherungsnehmer während der gesamten Laufzeit des Vertrages (unter Berücksichtigung einer Verzinsung) nachentrichtet.

Bei Anwendung des auf den deutschen Mathematiker Zillmer (1831–1893) zurückgehenden Verfahrens der Zillmerung wird bei der Prämienkalkulation bezüglich der Abschlußkosten anders vorgegangen:

Der Abschlußkostenzuschlag zur Nettoprämie entfällt. Die Abschlußkosten werden statt dessen bei Vertragsbeginn als negativer Betrag in die Alterungsrückstellung gebucht. (Der Versicherte hat zu Beginn der Versicherung kein „Guthaben", sondern „Schulden" auf dem Alterungsrückstellungskonto.) Die Sparanteile der (gezillmerten) Nettoprämie der ersten Jahre werden zur Tilgung des negativen Betrages der Alterungsrückstellung verwendet, erst danach erreicht die Alterungsrückstellung positive Werte.

Die sich aus dieser Kalkulation ergebende gezillmerte Nettoprämie ist größer als die ungezillmerte Nettoprämie (da die in ihr enthaltenen Sparanteile wegen des negativen „Startkapitals" der Alterungsrückstellungen größer sein müssen). Dadurch, daß zur gezillmerten Nettoprämie kein Abschlußkostenzuschlag mehr addiert werden muß, ergibt sich nach beiden Kalkulationsmethoden aber unter sonst gleichen Voraussetzungen eine gleich hohe Bruttoprämie.

Wegen des unterschiedlichen Verlaufs der Alterungsrückstellungen (die gezillmerten Alterungsrückstellungen sind anfangs negativ und im gesamten weiteren Verlauf niedriger als die ungezillmerten Alterungsrückstellungen) fallen allerdings unter sonst gleichen Voraussetzungen die auf die positiven Alterungsrückstellungen entfallenden Überzinsen (vg. § 12 a Abs. 1 VAG) unterschiedlich aus.

ANHANG II

Modellrechnungen

Um die Auswirkungen der in den vergangenen Jahren in der PKV eingeführten Änderungen sowie die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen besser beurteilen zu können, wurden eine Reihe von Modellrechnungen durchgeführt. In den Tabellen 1 bis 9 am Ende dieses Anhangs ist jeweils der Beitragsverlauf für das Eintrittsalter 30 Jahre bis zum Lebensalter 90 Jahre in Abhängigkeit von unterschiedlichen Modellannahmen ermittelt und in Relation zum jeweiligen Einkommen dargestellt. Um auch die Auswirkungen für den Bestand deutlich zu machen, enthalten die Tabellen 10 und 11 die Beitragsverläufe für die Lebensalter 60 bis 90 Jahre für Versicherte, die (im Alter 60) bereits 20 Jahre versichert sind.

1. Allgemeine Annahmen und Voraussetzungen

Die Modellrechnungen wurden anhand eines repräsentativen Vollkostentarifs durchgeführt, der folgende Leistungen vorsieht: Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung mit 100 DM Selbstbehalt, Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung im Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung sowie Kostenerstattung für zahnärztliche Behandlung zu 100 % und für Zahnersatz zu 75 %.

Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden alle Berechnungen auf der Basis des Jahres 1993 durchgeführt [1]). Folgende Annahmen und Rechnungsgrundlagen lagen den Modellrechnungen zugrunde:

Als Sterbetafel wurde die PKV-Sterbetafel gewählt. Die Abgangswahrscheinlichkeiten wurden alters- und geschlechtsabhängig festgelegt. Unmittelbare Abschlußkosten wurden in einer Höhe von 3 Monatsbeiträgen unterstellt und durch Zillmerung (*) in die Prämien eingerechnet. Einmalige Kosten bei den Beitragsanpassungen (*) wurden nicht eingerechnet.

Mittelbare Abschlußkosten, Schadenregulierungs- und Verwaltungskosten wurden mit einem alters- und geschlechtsunabhängigen Kostenzuschlag eingerechnet. Dabei wurde für 1993 ein Betrag von 80,48 DM angesetzt, wie er in der PKV für leistungsähnliche Tarife üblich ist, und mit 6% pro Jahr hochgerechnet.

[1]) Das Jahr 1993 war das letzte Jahr, für das zum Zeitpunkt der Modellrechnungen alle benötigten Zahlen vorlagen.

Der Sicherheitszuschlag wurde mit 5 % des Bruttobeitrages angesetzt.

Die Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung lag im Jahr 1993 bei 5400,– DM im Monat. Dieser Betrag wurde als Einkommen des Versicherten für 1993 zugrunde gelegt. Die Einkommensentwicklung wurde mit 5 % pro Jahr hochgerechnet, wobei das Ruhegehalt des Versicherten ab einem Alter von 65 Jahren mit 75 % des dann erreichten Gehaltes angenommen wurde.

Die tatsächliche Kostensteigerung im Gesundheitswesen für die Versicherten der privaten Krankenversicherung wurde mit 6 % pro Jahr angenommen. In der Vergangenheit betrug die Differenz zwischen der Kostensteigerung im Gesundheitswesen und der Gehaltsentwicklung deutlich mehr als 1 %, so daß diese Annahme für die weitere Entwicklung als optimistisch angesehen werden muß.

Für die Verzinsung der Kapitalanlagen der Unternehmen wurde 7,4 % zugrunde gelegt (die tatsächliche durchschnittliche Verzinsung betrug im Jahr 1993 7,5 %).

2. Überzinszuschreibung

Gemäß § 12a VAG hat jedes Versicherungsunternehmen seit 1995 der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge in Höhe von 80 % der auf die Alterungsrückstellung der betroffenen Versicherungen entfallenden durchschnittlichen, über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge, jedoch nicht mehr als 2,5 % der Summe der jeweiligen zum Ende des Vorjahres vorhandenen positiven Alterungsrückstellungen, jährlich direkt gutzuschreiben. Soweit Beitragsverläufe für diese Regelung aufgeführt worden sind, wurde immer von der maximalen Zinszuschreibung (also 2,5 %) ausgegangen.

§ 12 a Abs. 3 VAG sieht vor, daß die Hälfte des Zinsüberschusses nur für die älteren Versicherten verwendet wird. Der Beitragsverlauf hängt also davon ab, welcher Teil der Gesamtalterungsrückstellung auf die jungen bzw. die älteren Versicherten entfällt. Derzeit entfallen im Branchendurchscnitt etwa 70% der Alterungsrückstellungen auf die jungen Versicherten (bis 65 Jahre) und 30 % auf die älteren (ab 65 Jahre). Dieses Verhältnis 70:30 wird sich im Laufe der nächsten Jahrzehnte aber wesentlich ändern; den Modellrechnungen liegt daher überwiegend die Annahme zugrunde, daß dieses Verhältnis sich im Laufe der nächsten 25 Jahre zum Verhältnis 50:50

ändern wird. Dieser Ansatz beruht auf folgenden Erwägungen:

In den vergangenen Jahrzehnten haben viele ältere Versicherungsnehmer von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, in die GKV zu wechseln. Im Rahmen der Kostendämpfungs- und Gesundheitsreformgesetze hat der Gesetzgeber das Wechselrecht von der PKV zur GKV für ältere Versicherte aber inzwischen stark eingeschränkt. Deshalb wird sich in den kommenden Jahren der Anteil der älteren Versicherten in der PKV erhöhen.

Weiter bewirkt die mit dem Dritten Durchführungsgesetz/EWG zum VAG eingeführte Zinszuschreibung eine überproportionale Steigerung der Alterungsrückstellungen der älteren Versicherten, und schließlich zeigt die neue Sterbetafel der PKV, daß deren Versicherte eine höhere Lebenserwartung besitzen als bisher angenommen worden ist, was ebenfalls höhere Alterungsrückstellungen insbesondere für ältere Versicherte erforderlich macht.

Aus allen diesen Gründen heraus wird sich der Anteil der Alterungsrückstellung der älteren Versicherten an der Gesamtalterungsrückstellung stark erhöhen. Die Annahme der Veränderung des Verhältnisses von 70:30 zu 50:50 im Laufe von 25 Jahren dürfte allerdings gewisse Sicherheiten enthalten.

Das aktuelle Verhältnis der Alterungsrückstellungen ist bei den Unternehmen recht unterschiedlich. So sind bei Unternehmen, die erst vor kurzer Zeit gegründet worden sind, kaum ältere Personen versichert. Auf der Grundlage der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen wird daher auch ein Beitragsverlauf für den Fall angegeben, daß das Verhältnis der Alterungsrückstellungen zur Zeit 85:15 beträgt und sich in den nächsten 25 Jahren zu einem Verhältnis von 60:40 entwickelt.

Entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen und der Annahme, daß die Verteilung der Mittel nach § 12 a Abs. 3 VAG proportional zur Höhe der einzelnen Alterungsrückstellungen erfolgt, ergeben sich unter den weiteren genannten Voraussetzungen folgende Zinssätze, mit denen die Direktgutschrift ermittelt wurde:

Versicherte, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten jährlich eine Direktgutschrift von 1,25 % ihrer Alterungsrückstellung.

Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, erhalten jährlich eine Direktgutschrift von:

2,5 % + 70/30 * 1,25 % = 5,4 %
(Altersstruktur 70:30)

2,5 % + 50/50 * 1,25 % = 3,75 %
(Altersstruktur 50:50)

2,5 % + 85/15 * 1,25 % = 9,6 %
(Altersstruktur 85:15)

2,5 % + 60/40 * 1,25 % = 4,4 %
(Altersstruktur 60:40)

Die Kommission schlägt vor, die Zuführung von 90% der Überzinsen (ohne weitere Begrenzung) gesetzlich vorzuschreiben. Bei einer Verzinsung von 7,4% und einem rechnungsmäßigen Zinssatz von 3,5 % ergibt sich dann eine Zuschreibung von 0,90 * (7,4 % – 3,5 %) = 3,5 %.

Versicherte, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten dann jährlich eine Direktgutschrift von 1,75 % ihrer Alterungsrückstellung.

Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, erhalten jährlich eine Direktgutschrift von:

3,5 % + 70/30 * 1,75 % = 7,6 %
(Altersstruktur 70:30)

3,5 % + 50/50 * 1,75 % = 5,25 %
(Altersstruktur 50:50)

3. Abbau der Überzinsumverteilung

Modellrechnungen wurden auch zum Vorschlag der Kommission erstellt, die Umverteilung der Zinsüberschußbeteiligung von den jungen zu den älteren Versicherten im Laufe von 25 (50) Jahren abzubauen (vgl. oben Abschnitt 7.2). Dies bedeutet beispielsweise im Falle einer Zinsüberschußbeteiligung von 90 % der überrechnungsmäßigen Zinserträge für die Direktgutschrift:

Versicherte, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erhalten jährlich eine Direktgutschrift, die ausgehend von 1,75 % innerhalb von 25 Jahren (linear) auf 3,5 % steigt.

Versicherte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, erhalten jährlich eine Direktgutschrift, die ausgehend von 7,6 % innerhalb von 25 Jahren (linear) auf 3,5 % fällt.

4. Die Verwendung der angesammelten Mittel

Für die Verwendung der Mittel ab einem erreichten Alter von 65 Jahren des Versicherten wurden zwei unterschiedliche Varianten durchgerechnet (vgl. oben Kapitel 9).

In der ersten Variante wird der angesammelte Betrag bei einem erreichten Alter des Versicherten von 65 Jahren in eine einmalige Beitragsermäßigung umgewandelt. Zinszuschreibungen, die nach diesem Alter erfolgen, werden sofort in eine Beitragsermäßigung umgewandelt.

Im zweiten Modell wird **ab** dem Alter 65 Jahre von dem angesammelten Betrag immer nur soviel verwendet, daß eine Beitragserhöhung vermieden wird. Der Beitrag bleibt also für einen gewissen Zeitraum konstant.

5. Neue Kalkulationsmodelle

Modellrechnungen werden ebenfalls durchgeführt für das Kalkulationsmodell mit einem Beitragszuschlag von 10 % bis zu einem Alter von 60 Jahren (vgl. oben Abschnitt 8.3.7).

Schließlich wird der Beitragsverlauf dargestellt, der sich ergibt, wenn spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen in Höhe von 1 % der rechnungsmäßigen Kopfschäden (*) pro Jahr bei der Kalku-

lation berücksichtigt werden, während die Kalkulation ohne rechnungsmäßig steigende Beiträge erfolgt (vgl. oben Abschnitt 8.3.6, insbesondere Fußnote 11).

6. Übersicht über die dargestellten Modellrechnungen

Die dargestellten Modellrechnungen unterscheiden sich hinsichtlich folgender fünf Kriterien:

Höhe der Zuschreibung der Überzinsen (**ÜZ-Zuschreibung**)

Art der Umverteilung der Überzinsen (**ÜZ-Umverteilung**)

Berücksichtigung der speziellen **Kostensteigerungen** im Gesundheitswesen in der Kalkulation

Zeitpunkt/Zeitraum der **Mittelverwendung**

Annahmen über Änderungen des Verhältnisses der Alterungsrückstellungen der unter 65jährigen zu denen der über 65jährigen (**Altersstruktur**)

Für die einzelnen Kriterien wurden die im folgenden beschriebenen Ausprägungen verwandt. Die im folgenden benutzte Kurzbezeichnung ist dabei jeweils fett gedruckt. Die derzeitige gesetzliche Situation ist durch einen Stern („*") markiert.

ÜZ-Zuschreibung

keine: Bis 1991 gab es keinerlei Vorschriften über die Direktgutschrift von Überzinsen zu den Alterungsrückstellungen.

R 2/91: Von 1992 bis 1994 galt das Rundschreiben R 2/91 des Bundesaufsichtsamtes, das die Zuführung von Überzinsen in Höhe von (mindestens) einem Prozentpunkt vorschrieb (Verwendung: Beitragssenkung im Alter 65 Jahre).

80 % *: Derzeit ist gesetzlich (§ 12 a Abs. 1 VAG) die Zuführung von 80 % der Überzinsen, höchstens aber von 2,5 Prozentpunkten, vorgeschrieben. Bei den Berechnungen wurde immer davon ausgegangen, daß 2,5 Prozentpunkte zugeführt werden.

90 %: Die Kommission schlägt vor, die Zuführung von 90% der Überzinsen (ohne weitere Begrenzung) vorzuschreiben.

ÜZ-Umverteilung

gleichbleibend *: Derzeit ist gesetzlich (§ 12 a Abs. 2 und Abs. 3 VAG) eine Umverteilung der Hälfte der zuzuschreibenden Überzinsen von jungen auf alte Versicherte vorgeschrieben.

auslaufend (25): Die Kommission schlägt vor, die derzeitige Umverteilung im Laufe von 25 Jahren vollständig abzubauen.

auslaufend (50): Auslaufen der Umverteilung innerhalb von 50 Jahren.

Mittelverwendung

einmalig *: Die sich aus der Überzinszuführung (und ggfs. weiteren Zuführungen, siehe Kostensteigerungen weiter unten) ergebenden Mittel werden einmalig im Alter von 65 Jahren des Versicherten zur Beitragsreduzierung verwendet.

gestreckt: Die Kommission schlägt vor, die entsprechenden Mittel dazu zu verwenden, den Beitrag ab dem Alter 65 so lange konstant zu halten, wie es mit den Mitteln möglich ist.

Kostensteigerungen

keine *: Zukünftige spezielle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen werden in der Kalkulation nicht berücksichtigt.

10%-Zuschlag: Die Kommission schlägt vor, zum Auffangen zukünftiger Kostensteigerungen bis zum Alter von 60 Jahren des Versicherten einen Beitragszuschlag von 10 % zur Nettoprämie zu erheben.

1%-Dynamik: Alternativ könnte in der Prämienkalkulation für die Kopfschäden (aller Altersgruppen) eine jährliche Steigerung von 1 % unterstellt werden.

Altersstruktur

70:30 konstant: Die derzeitige branchendurchschnittliche Struktur von ca. 70:30 bzl. der Alterungsrückstellungen von jungen bzw. alten Versicherten ändert sich nicht.

70:30→50:50: Die derzeitige Struktur von 70:30 ändert sich im Laufe von 25 Jahren zu 50:50

70:30→→50:50: Die derzeitige Struktur von 70:30 ändert sich im Laufe von 50 Jahren zu 50:50

85:15→60:40: Die derzeitige Struktur von 85:15 für junge Versicherungsunternehmen ändert sich im Laufe von 25 Jahren auf 60:40.

Die Abbildung der folgenden Seite stellt graphisch dar, welche der gemäß den Ausprägungen dieser Merkmale insgesamt möglichen Modellrechnungen in den folgenden 11 Tabellen dargestellt sind.

Schematische Übersicht über die dargestellten Modellvarianten

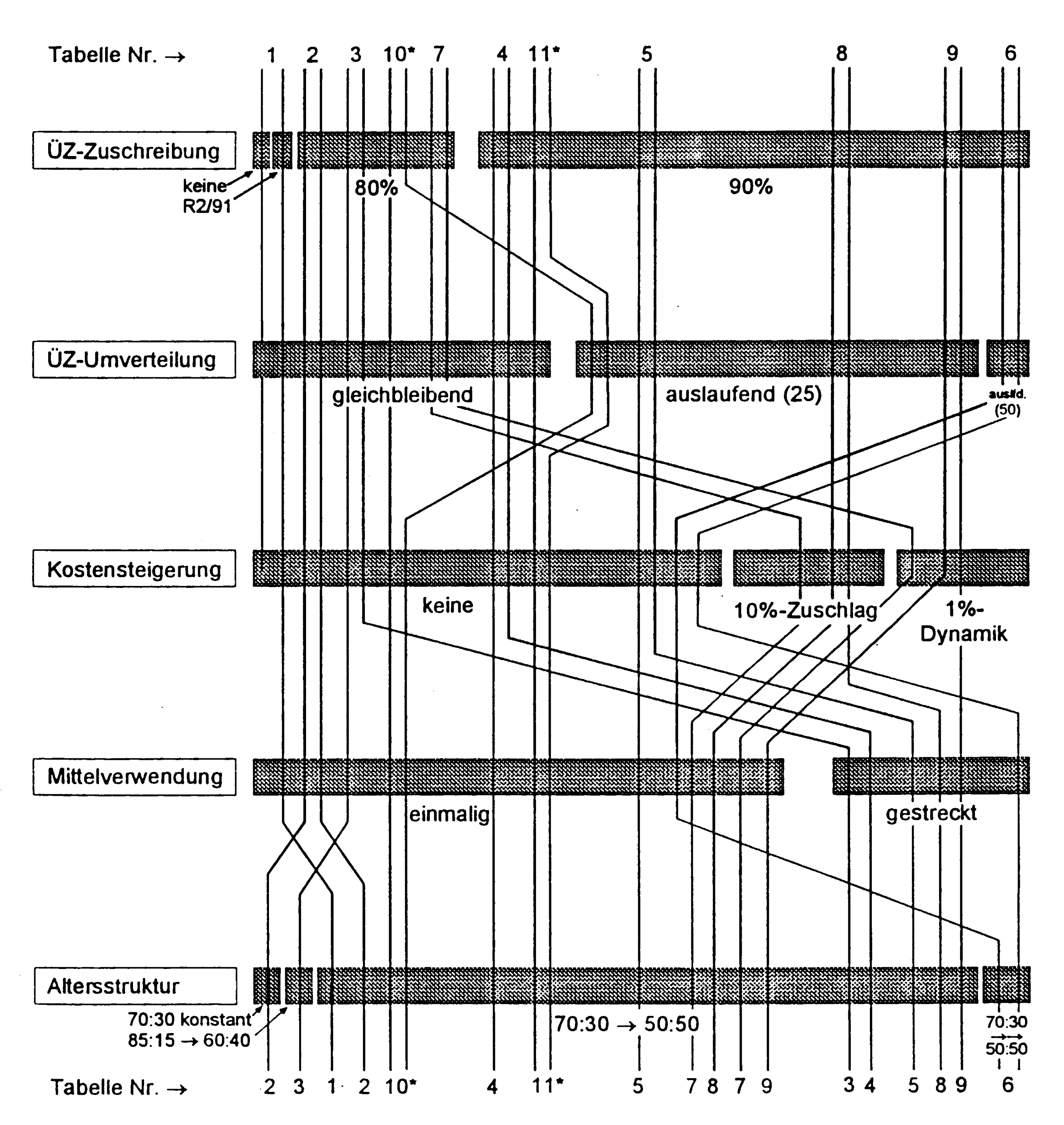


Tabelle 1

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:	rechts:	
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	keine – keine – –	R 2/91 gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50	
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	29,1	26,7	30,3	28,8
70	34,3	31,8	34,3	32,8
75	40,2	37,5	38,9	37,2
80	46,4	43,6	43,9	42,1
85	52,3	49,5	49,0	47,0
90	57,8	55,0	53,7	51,7

Tabelle 2

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:	rechts:	
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	80 % gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 konstant	80 % gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50	
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	26,0	26,0	28,4	28,4
70	28,1	29,3	30,3	31,1
75	30,3	33,1	32,3	34,3
80	32,5	37,2	34,5	37,7
85	34,7	41,4	36,6	41,3
90	36,9	45,7	38,7	45,0

Tabelle 3

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:	rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	80 % gleichbleibend keine einmalig 85 : 15 → 60 : 40	80 % gleichbleibend keine gestreckt 70 : 30 → 50 : 50

Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	26,0	29,1	28,4	30,3
70	28,9	29,0	30,8	31,0
75	32,1	32,8	33,6	34,1
80	35,6	36,9	36,6	37,6
85	39,1	41,1	39,7	41,2
90	42,8	45,4	42,9	44,9

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 2 Jahre für Männer und 2 Jahre für Frauen.

Tabelle 4

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:	rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90 % gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50	90 % gleichbleibend keine gestreckt 70 : 30 → 50 : 50

Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	24,6	29,1	27,5	30,3
70	26,7	25,9	29,5	29,2
75	29,0	28,2	31,6	31,3
80	31,4	30,6	33,9	33,5
85	33,8	32,9	36,1	35,8
90	36,3	35,4	38,5	38,1

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 4 Jahre für Männer und 2 Jahre für Frauen.

Tabelle 5

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90 % auslaufend (25) keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50		90 % auslaufend (25) keine gestreckt 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	19,7	29,1	24,4	30,3
70	23,6	22,8	27,6	26,6
75	27,9	25,1	31,1	30,2
80	32,6	29,9	34,9	34,1
85	37,4	34,8	38,9	38,1
90	42,1	39,7	42,9	42,2

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 7 Jahre für Männer und 4 Jahre für Frauen.

Tabelle 6

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90 % auslaufend (50) keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50		90 % auslaufend (50) keine gestreckt 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
30	8,7	8,7	11,6	11,6
35	9,3	9,3	12,2	12,2
40	10,3	10,3	13,2	13,2
45	11,7	11,7	14,4	14,4
50	13,4	13,4	15,9	15,9
55	15,7	15,7	17,8	17,8
60	18,5	18,5	20,0	20,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	22,1	29,1	25,9	30,3
70	25,3	23,5	28,6	28,0
75	29,1	27,5	31,8	31,2
80	33,6	32,0	35,4	34,9
85	38,3	36,8	39,4	38,9
90	43,0	41,6	43,4	42,9

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 5 Jahre für Männer und 3 Jahre für Frauen.

Tabelle 7

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	80% gleichbleibend 10%-Zuschlag einmalig 70 : 30 → 50 : 50		80% gleichbleibend 1%-Dynamik einmalig 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
30	9,6	10,7	12,7	14,1
35	10,1	11,0	13,4	14,3
40	11,3	11,7	14,5	14,9
45	12,8	12,8	15,8	15,8
50	14,8	14,3	17,5	17,0
55	17,3	16,3	19,6	18,5
60	20,3	18,6	22,0	20,4
64	21,1	20,8	22,1	22,1
65	20,8	24,2	23,2	26,9
70	24,3	25,9	26,3	28,2
75	28,4	27,8	29,6	29,7
80	32,7	29,8	33,3	31,3
85	37,1	31,8	37,2	32,9
90	41,6	33,8	41,0	34,5

Tabelle 8

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90% auslaufend (25) 10%-Zuschlag einmalig 70 : 30 → 50 : 50		90% auslaufend (25) 10%-Zuschlag gestreckt 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
30	9,6	9,6	12,7	12,7
35	10,3	10,3	13,4	13,4
40	11,3	11,3	14,5	14,5
45	12,8	12,8	15,8	15,8
50	14,8	14,8	17,5	17,5
55	17,3	17,3	19,6	19,6
60	20,3	20,3	22,0	22,0
64	21,1	21,1	22,1	22,1
65	12,3	29,1	17,2	30,3
70	16,6	22,8	20,8	23,7
75	21,4	17,9	24,7	18,6
80	26,5	14,0	28,9	22,9
85	37,1	12,1	33,3	27,6
90	36,8	18,4	37,6	32,3

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 18 Jahre für Männer und 10 Jahre für Frauen.

Tabelle 9

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90 % auslaufend (25) 1 %-Dynamik einmalig 70 : 30 → 50 : 50		90 % auslaufend (25) 1 %-Dynamik gestreckt 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
30	10,7	10,7	14,1	14,1
35	11,0	11,0	14,3	14,3
40	11,7	11,7	14,9	14,9
45	12,8	12,8	15,8	15,8
50	14,3	14,3	17,0	17,0
55	16,3	16,3	18,5	18,5
60	18,6	18,6	20,4	20,4
64	20,8	20,8	22,1	22,1
65	15,0	28,6	20,2	30,1
70	17,5	22,4	22,2	23,6
75	20,3	17,6	24,3	20,9
80	23,1	13,8	26,5	23,3
85	25,9	12,0	28,7	25,7
90	28,7	15,6	30,9	28,0

Der Zeitraum der Konstanz der Beiträge in der Modellrechnung mit gestreckter Mittelverwendung ab dem Alter 65 (jeweils rechte Spalte) beträgt 20 Jahre für Männer und 9 Jahre für Frauen.

Tabelle 10*)

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	80 % gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50		80 % auslaufend (25) keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
60	14,9	14,9	15,2	15,2
64	16,1	16,1	16,2	16,2
65	21,8	21,8	22,0	22,0
70	23,7	23,9	23,6	23,8
75	26,0	26,7	25,7	26,2
80	28,7	30,2	28,0	29,1
85	31,7	33,9	30,7	32,4
90	34,9	37,8	33,4	35,7

*) 60jähriger Versicherter, bereits seit 20 Jahren im selben Tarif versichert

Die für diese Versicherten angesammelten Beträge zur Beitragsermäßigung im Alter von 65 Jahren sind so gering, daß nicht einmal die Mehrbeiträge der ersten Prämienanpassung nach Vollendung des 65. Lebensjahres auf Dauer finanziert werden können.

Tabelle 11 *)

Beitragsentwicklung, in % des Gehaltes bzw. des Ruhegehaltes

		links:		rechts:
	ÜZ-Zuschreibung: ÜZ-Umverteilung: Kostensteigerung: Mittelverwendung: Altersstruktur:	90 % gleichbleibend keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50		90 % auslaufend (25) keine einmalig 70 : 30 → 50 : 50
Alter	Männer		Frauen	
60	14,9	14,9	15,2	15,2
64	16,1	16,1	16,2	16,2
65	21,6	21,6	21,8	21,8
70	22,5	22,9	22,8	23,1
75	23,6	24,9	23,9	24,8
80	25,0	27,5	25,2	27,1
85	26,5	30,6	26,7	29,8
90	28,4	34,0	28,4	32,8

*) 60jähriger Versicherter, bereits seit 20 Jahren im selben Tarif versichert

Die für diese Versicherten angesammelten Beträge zur Beitragsermäßigung im Alter von 65 Jahren sind so gering, daß nicht einmal die Mehrbeiträge der ersten Prämienanpassung nach Vollendung des 65. Lebensjahres auf Dauer finanziert werden können.

Anhang III

Erläuterungen

Äquivalenzprinzip (individuelles): Danach soll die Summe der gesamten Versicherungsleistungen, die der Versicherer zu erbringen hat, gleich dem gesamten Prämienaufkommen (zuzüglich eventueller Zinsen auf Rückstellungen) sein, wobei risikogerechte Prämien für jeweils in sich als homogen betrachtete Risikogruppen erhoben werden.

Alterungsrückstellung gezillmerte): Sie ergibt sich, indem vom Leistungsbarwert der Barwert der gezillmerten Nettoprämien abgezogen wird. Die gezillmerte Alterungsrückstellung bei Beginn der Versicherung ist somit gleich dem negativen Betrag der insgesamt durch Zillmerung rechnungsmäßig gedeckten unmittelbaren Abschlußkosten.

Alterungsrückstellung (prospektive): Die vom individuellen Gesundheitszustand des Versicherten unabhängige Alterungsrückstellung ist diejenige, die sich – in Abhängigkeit vom Eintrittsalter und erreichtem Alter des Versicherten – nach dem bisher üblichen Berechnungsverfahren als Differenz des Barwertes der rechnungsmäßig erwarteten Leistungen und des Barwertes der Nettoprämien ergibt.

Anwartschaftsdeckungsverfahren: Bei diesem Verfahren werden aus Teilen der Beiträge ausreichende Rückstellungen gebildet, die für die Deckung der erst in der Zukunft fällig werdenden Versicherungsleistungen sorgen.

Beitragsanpassungen ist der Oberbegriff für Beitragserhöhungen oder -senkungen aufgrund einer Beitragsanpassungsklausel.

Beitragsanpassungsklausel ist eine AVB-Bestimmung, die z. B. für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung in § 8 b MB/KK 94 enthalten ist. Sie lautet: „Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als dem tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieses Tarifs vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepaßt und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepaßt.

Eintrittsalter ist das Alter des Versicherten, mit dem er seine Krankenversicherung bei dem jeweiligen Versicherungsunternehmen abgeschlossen wird.

Erreichtes Alter ist das jeweilige aktuelle Alter des Versicherten.

Kontrahierungszwang bezeichnet die Verpflichtung des Versicherers, mit dem Antragsteller eine Versicherung abzuschließen.

Kopfschaden (rechnungsmäßiger) ist derjenige, den der Versicherer seiner Kalkulation der Prämien zugrundegelegt hat.

Kopfschaden (tatsächlicher) sind die Leistungen des Versicherers pro Versicherten in einem Geschäftsjahr. Dabei sind die Kopfschäden abhängig vom Geschlecht und Alter des Versicherten sowie vom Leistungsversprechen des Tarifs.

Kündigungsrücknahmeprovisionen erhält der Versicherungsaußendienst, wenn er den Versicherungsnehmer zur Rücknahme seiner Kündigung bewegt. Dies wird insbesondere bei Kündigungen anläßlich von Beitragsanpassungen versucht. Die Provision wird jedoch nur gezahlt, wenn gute Risiken zurückgewonnen werden.

Leistungsbarwert bezeichnet in der PKV den Barwert der rechnungsmäßig angesetzten, mit dem Alter steigenden zukünftigen Krankheitskosten. Dieser hängt ab vom Geschlecht und vom erreichten Alter des Versicherten.

Limitiert werden Beitragserhöhungen, um diese in zumutbaren Grenzen zu halten. Dazu werden Teile des erforderlichen Mehrbeitrages durch Entnahme von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung auf Dauer finanziert. Die Erhöhungen werden so begrenzt, daß sie einen bestimmten Prozentsatz oder absoluten DM-Betrag nicht übersteigen.

MB/KK bezeichnet die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

MB/KT bezeichnet die Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung für die Krankentagegeldversicherung.

Multimorbidität liegt vor, wenn ein Versicherter an mehreren Krankheiten leidet, wobei der Einfluß einer Krankheit auf den Verlauf der anderen Krankheiten nicht immer mit Sicherheit vorhergesagt werden kann.

Nachkalkulation ist notwendig, weil entgegen der Modellannahme die Rechnungsgrundlagen einer ständigen Veränderung unterworfen sind. So werden anläßlich einer Nachkalkulation die Rechnungsgrundlagen neu festgelegt und eine Prämienanpassung für den Bestand durchgeführt.

Neukalkulation bedeutet, daß (meistens anläßlich einer Prämienanpassung) die Prämien für den künftigen Neuzugang neu kalkuliert werden.

Profile gewinnt man, indem sämtliche altersabhängigen Kopfschäden durch den Kopfschaden, der für ein bestimmtes Alter ermittelt worden ist, dividiert werden. Diese Profile zeigen die reine Altersabhängigkeit des Risikos.

Rentenbarwert bezeichnet den Betrag, der als einmalige Zahlung ausreicht, um einer Person innerhalb eines Kollektivs gleichartiger Risiken für die Dauer der Zugehörigkeit zum Kollektiv eine zu einem bestimmten Zeitpunkt fällige Leibrente in Höhe von 1 DM zu bezahlen.

RfB siehe Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung ist die Bilanzposition, in die der Teil des Rohüberschusses fließt, der an die Versicherten ausgeschüttet wird. In sie fließen die Mittel, bevor sie für Beitragsrückerstattungen oder Limitierungen verwendet werden. Deren Höhe ist vom Gesamterfolg aller nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherungen des Unternehmens abhängig. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind verpflichtet, große Teile des Rohüberschusses wieder an die Versicherten auszuschütten.

Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ist der Bilanzposten, der dazu dient, die vertraglich garantierte Beitragsrückerstattung zu finanzieren. Die Tarifbedingungen mancher Tarife sehen vor, daß bei Schadenfreiheit zwei oder drei Monatsbeiträge unabhängig von der Überschußsituation des Unternehmens rückerstattet werden. Hierfür wird ein Beitragszuschlag in die Beiträge eingerechnet.

Ferner sehen manche Gruppenversicherungsverträge eine Überschußbeteiligung vor, die nur vom Schadenverlauf dieses Vertrages abhängt. Soweit dieser Überschuß am Jahresende noch nicht ausgeschüttet werden konnte, wird er ebenfalls in die Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt.

Schließlich werden die Beträge, die gemäß § 12 a Abs. 3 VAG zur Limitierung von Beitragserhöhungen für ältere Versicherte zu verwenden sind, bis zum Ausschüttungstermin in der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ausgewiesen.

Sanierungen wurden Beitragserhöhungen in Tarifen genannt, die keine Beitragsanpassungsklausel enthielten. Sie wurden unter Bezugnahme auf § 18 MB/KK 76 oder § 18 MB/KT 78, die allgemeine Änderungsvorbehalte bezüglich der Versicherungsbedingungen enthielten, durchgeführt.

Selektionsersparnisse sind Ersparnisse, die dadurch entstehen, daß die Versicherer bei Vertragsabschluß eine Risikoprüfung durchführen. Es zeigt sich, daß die Versicherten, die gerade erst in das Unternehmen eingetreten sind, – statistisch gesehen – gesünder sind, als gleichaltrige Versicherte, die bereits länger privat krankenversichert sind. Die rechnungsmäßigen Kopfschäden werden also während der ersten Zeit des Vertrages nur teilweise zur Deckung der Krankheitskosten benötigt.

Überschußquellen (die wichtigsten) sind die Ergebnisse aus dem Risiko, den Abschlußkosten, den Schadenregulierungs- und Verwaltungskosten, dem Sicherheitszuschlag, den Kapitalanlagen sowie aus den übrigen Erträgen und Aufwendungen.

Überzins bezeichnet die über die rechnungsmäßige Verzinsung hinausgehenden Kapitalerträge (vgl. § 12 a Abs. 1 VAG). Zur Ermittlung des Überzinses, den ein Versicherungsunternehmen bei der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskosten- und freiwilligen Pflegekrankenversicherung erwirtschaftet, ist ein der Durchschnittsrendite aller Kapitalanlagen entsprechender Durchschnittszinssatz zu ermitteln. Dieser errechnet sich aus der Summe der Erträge aus Kapitalanlagen vermindert um die Summe der Aufwendungen für Kapitalanlagen und sodann dividiert durch das arithmetische Mittel des Buchwertes der Kapitalanlagen jeweils am Ende des Vorjahres und des Geschäftsjahres.

Wartezeitersparnisse entstehen dadurch, daß die Allgemeinen Versicherungsbedingungen vieler Tarife eine Wartezeit vorsehen. Während dieser Wartezeit werden die Kosten der Heilbehandlungen nicht erstattet. Die der Beitragskalkulation zugrundeliegenden rechnungsmäßigen Kopfschäden werden für diesen Zeitraum nicht benötigt. Wartezeitersparnisse werden zur Deckung der unmittelbaren Abschlußkosten verwendet.

Zillmerung ist eine Methode zur Deckung der unmittelbaren Abschlußkosten in der PKV. Dabei wird der zu deckende Betrag an unmittelbaren Abschlußkosten durch jährlich gleichbleibende Raten, die zur Nettoprämie hinzugerechnet werden, aufgebracht. Beides zusammen ergibt die gezillmerte Nettoprämie (vgl. Anhang I Abschnitt 3).

Zins (rechnungsmäßiger) ist der Kapitalbetrag, der rechnungsmäßig jährlich aus den Kapitalerträgen der Alterungsrückstellung zugeführt werden muß.

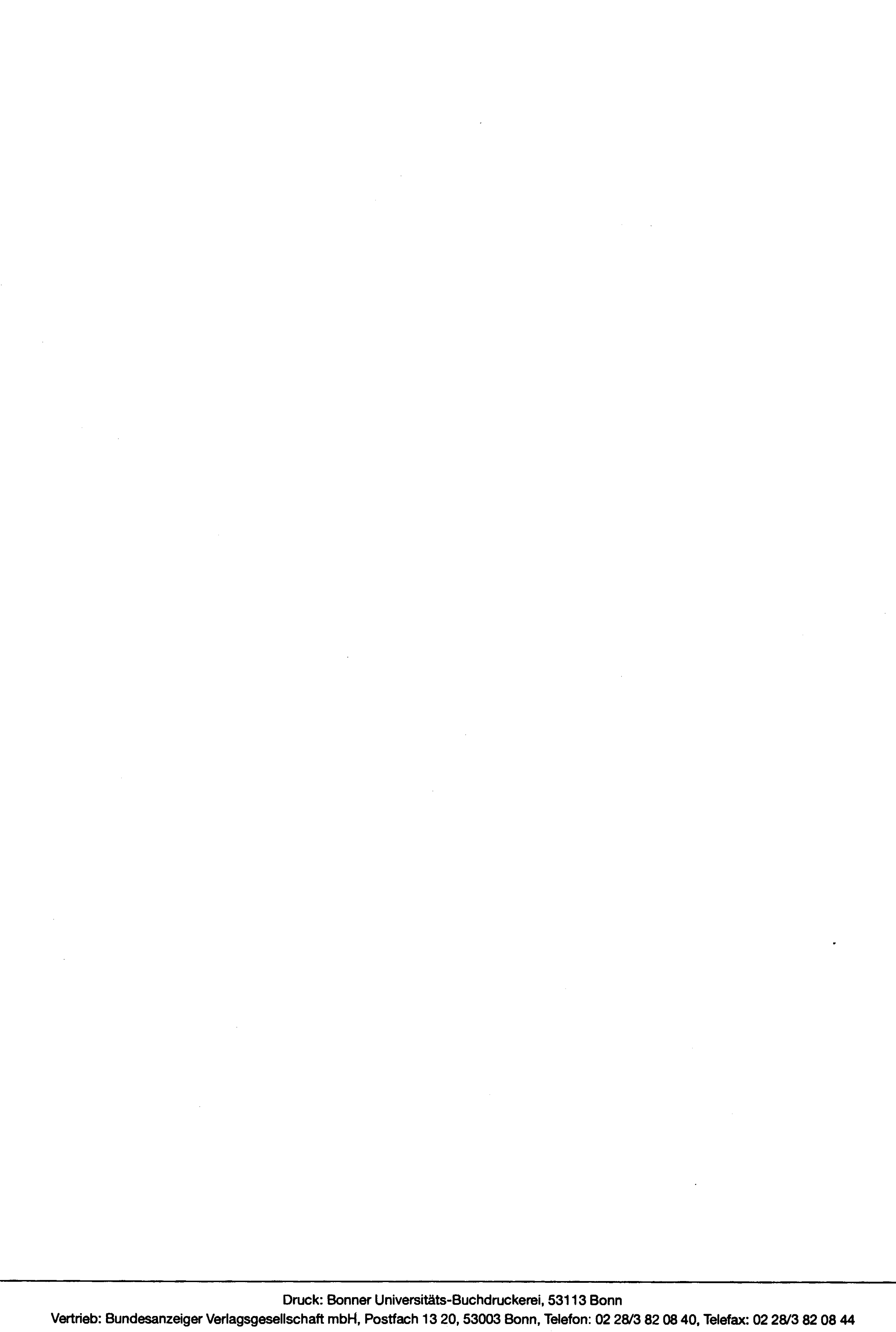
Zinssatz (rechnungsmäßiger) bezeichnet den Zinssatz, mit dem die Prämien kalkuliert werden. Er beträgt in Deutschland gemäß § 12 Abs. 1 Nr. 1 VAG höchstens 3,5%.

Bonn, den 22. Mai 1996

Hahne **Prof. Dr. Kollhoser**

Prof. Dr. Meyer **Prof. Dr. Reiter**

Prof. Dr. Wasem



Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0722-8333